ST. PETERSBURGER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

UNTER DER REDACTION VON

DR. E. MORITZ UND DR. L. v. HOLST
ST. PETERSBURG

UND

DR. WILH. KOCH
DORPAT

Sechster Jahrgang.

ST. PETERSBURG.
Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H SCHMITZDORFF (Carl Röttger)
1881

Inhalts-Verzeichniss.

(Die mit einem * bezeichneten Zahlen beziehen sich auf Original-Arbeiten.)

Sach-Register.

A.

B.

C.

D.

E.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

X.

Z.

Namenregister.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 8 Января 1882 года.

Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserlicher Hofbuchhändler, Newskij-Prospect № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

ST. PETERSBURGER

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 1. St. Petersburg, 3. (15.) Januar. 1881.

Diejenigen geehrten Herren, welche diese № 1 erhalten, ohne ihr Abonnement für 1881 erneuert zu haben, werden höfl. **dringend** gebeten, nun ihre Bestellung **umgehend** aufzugeben, damit eine Unterbrechung in der Zustellung vermieden werde.

Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff, St. Petersburg, Newskij-Pr. 5.

Mit dem Jahresschluss ist Professor Dr. A. Boettcher aus der Redaction dieser Wochenschrift geschieden. An seine Stelle tritt, — sobald die Genehmigung der Oberpressverwaltung erfolgt, — als Repräsentant der theoretischen Disciplinen Docent Dr. **Wilhelm Koch** in Dorpat.

Mittheilungen aus der Dorpater chirurgischen Klinik.

I.

Einiges über Gefässverletzungen.

Von

Prof. Dr. Ed. v. Wahl.

Wenn die Kriegspraxis, nach dem übereinstimmenden Urtheil aller Autoren uns nur selten Gelegenheit bietet frische Verletzungen grösserer Gefässstämme zu sehen und zu behandeln, so scheint es wohl erlaubt derartigen Vorkommnissen in der Civilpraxis etwas mehr Aufmerksamkeit zuzuwenden. Die ruhige Betrachtung des Einzelfalls im Frieden gestattet uns, leichter über die Grundprincipien der Behandlung zur Klarheit zu gelangen und andererseits die Fragen, welche wir an den Kriegschirurgen stellen müssen und welche nur aus dem grossen Material der traumatischen Epidemien gelöst werden können, schärfer zu formuliren. Hierher gehören namentlich die Fragen nach der spontanen Blutstillung, nach der Diagnose der Gefässverletzungen, nach dem traumatischen Aneurysma und dem Orte der Unterbindung. Allerdings sind wir durch die Arbeiten der Amerikaner, namentlich Lidell's,[1]) dem Verständniss dieser Fragen um ein Bedeutendes näher gerückt, — die Erfahrungen Rose's in Zürich über Stichverletzungen der Oberschenkelgefässe[2]) haben manche Unklarheit beseitigt; aber man stösst doch noch gar zu häufig in der Praxis auf eine gewisse Furcht vor dem rothen Nass, welches dem menschlichen Körper entquillt, das cunctatorische Verhalten, das Bestreben der Blutwelle allerhand zweifelhafte Mittel entgegenzusetzen, die den chirurgischen Eingriff überflüssig machen sollen, ist zum Schaden der Verwundeten noch sehr verbreitet, — dass wir nicht umhin können dem sorgfältigen Studium jener Arbeiten das Wort zu reden, und durch Mittheilung einiger einschlägiger Fälle das Interesse für dieselben wieder anzuregen.

Die grosse Bedeutung, welche wir bei Knochen- und Weichtheilverletzungen der Blutinfiltration der Gewebe beimessen, die Gefahr der Sepsis und diffusen Gangrän, welche sich gar nicht so selten unmittelbar an dieselben anschliesst, ist meines Erachtens bei Gefässverletzungen noch viel zu wenig betont worden. Sie ist es wohl hauptsächlich, welche die Spätunterbindungen auf dem Kriegsschauplatz in ein so schlechtes Licht gestellt und die Erfolge derselben getrübt hat. Sie fehlt aber gerade in der Friedenspraxis, wo rasche Hilfe zur Hand ist und dem Eintritt des Blutes in die Gewebe noch rechtzeitig vorgebeugt werden kann. Die Friedenspraxis wird uns also allein darüber aufklären, was die rechtzeitige Unterbindung zu leisten im Stande ist, ob wir uns wirklich ausnahmslos zu dem Princip der doppelten Unterbindung in loco bekennen dürfen, ob Ausnahmen von dieser Regel je nach den Körperregionen statthaft sind oder nicht. Am meisten unterliegt die Behandlung der Gefässverletzungen an den unteren Extremitäten noch der Discussion. Sind wir bei Verwundungen der Popliteal- oder Femoralgefässe hoch oben unterhalb des Poupart'schen Bandes nicht noch immer unklar darüber was wir thun, ob wir unterbinden oder amputiren resp. exarticuliren sollen? Der alte Roux'sche Satz von der primären Amputation hat durch die Untersuchungen von Braune[3]) eine grosse theo-

[1]) U. St. Sanitary Commission Memoirs I. New-York 1870.

[2]) Volkmann's klinische Vorträge № 92.

[3]) Die Oberschenkelvene des Menschen. Leipzig 1871.

retische Sanction erhalten, — und doch zeigt uns die klinische Erfahrung, dass man Arter. und Ven. femoralis unterbinden kann ohne immer Gangrän der Extremität gewärtigen zu müssen.[4]) Ein solcher Erfolg wäre undenkbar, wenn mit dem Ausschalten der Schenkelvene wirklich jeglicher Abfluss des venösen Blutes aus der Extremität gehemmt würde. Warum sehen wir bei Geschwulstexstirpationen oder Verwundungen der Achselvene, wo ein grösserer Abschnitt des Gefässes ausgeschnitten oder sogar die Unterbindung der ven. subclavia oberhalb der Einmündungsstelle der cephalica vorgenommen wird, kaum eine merkliche Blutstauung in der Extremität zu Tage treten, geschweige denn Gangrän erfolgen? Warum sehen wir bei primärer Unterbindung der Art. und Ven. femoralis im Adductorenschlitz die so sehr und mit Recht gefürchtete Gangrän ausbleiben? Ist es nicht vielleicht gerade die tiefere Lage der Gefässe am Oberschenkel, die straffere Einscheidung derselben und der Weichtheile des Oberschenkels überhaupt, die die Blutinfiltrationen begünstigt, und dadurch eben den Erfolg der Unterbindung so häufig in Frage stellt? Sind es nicht gerade solche Blutinfiltrationen nach abwärts bei Verletzungen der Poplitealgefässe, welche fast ausnahmslos zur Gangrän führen und deshalb die Unterbindung als ein zweifelhaftes Auskunftsmittel, die Amputation als einzig lebenrettenden Eingriff erscheinen lassen?

Gewiss trägt die primäre Blutstillung, wie sie namentlich auf dem Kriegsschauplatz geübt wird, noch manche Schuld an der Blutinfiltration mit ihren üblen Folgen. Wenn wir die Praxis der älteren Chirurgen — (Larrey, Guthrie Syme) — strenger befolgen, wenn wir unserem in die Wunde eingeführten Finger mehr trauen wollten als dem Liquor ferri sesquichlorat. und dem elastischen Schlauch, so würden sicher eine Anzahl Menschenleben gerettet werden, die jetzt an den Folgen der Blutinfiltration zu Grunde gehen. Nicht umsonst kehrt die Geschichte von dem wackeren Kanonier Pelissier, welcher in Aegypten dem Herzog von Padua den Finger in die Schusswunde am Halse steckte bis Larrey kam und die Carotis unterband, in allen kriegschirurgischen Werken wieder. Sie ist in der That ein leuchtendes Exemplar für unsere angehenden Chirurgen und wohl dazu angethan, den persönlichen Muth des Arztes über all die zweifelhaften Compressorien und Styptica zu setzen.

Fall 1. Hiebverletzung der vena subclavia sinistr. unterhalb des Schlüsselbeins. Arteria und vena acromialis und vena cephalica durchgeschlagen, vena subclavia angeschnitten. Fingercompression in der Wunde. Doppelte Unterbindung der vena subclavia und der verletzten Seitenäste. Pyämische Schüttelfröste. Heilung nach 65 Tagen.

C. M., 20 Jahre alt, wurde den 1. October 1880 verwundet. Hieb 3 Ctm. über dem äusseren Drittel der linken Clavicula beginnend schräg durch das Triang. deltoïd. pectorale nach innen unten bis zur Höhe des 2. Rippenknorpels verlaufend. Pat. soll im Moment, wo der Hieb fiel, eine Bewegung nach vorne gemacht haben, so dass die Spitze des Hiebes sich unterhalb der Clavicula tiefer einsenkte. Das Blut sprudelte förmlich in dickem dunklem Strahle hervor. Sofortige Digitalcompression in der Wunde.

Als wir eine halbe Stunde später zur Stelle waren, fanden wir das Periost der Clavicula angeschlagen, die Clavicularportion des pectoralis major, musc. subclavius und lig. coraco-claviculare internum durchtrennt. Da die Verletzung der vena subclavia höchst wahrscheinlich war und vor allen Dingen eine Sicherung des centralen Endes nöthig erschien, so wurde die Wunde nach oben erweitert, der pectoralis vollständig durchtrennt, die Vena noch unter der Clavicula freigelegt und mit Carbolseide unterbunden. Jetzt stellte es sich erst heraus, dass die Vena subclavia gleich über der Einmündung der Cephalica angeschlagen, die Cephalica, Arteria und Vena acromialis aber vollständig durchtrennt waren. Arteria subclavia unverletzt. An die Unterbindung des peripheren Endes der Subclavia konnte erst gedacht werden nach Sicherung aller Nebenäste, eine Aufgabe, die bei der Einbettung derselben in das lockere fetthaltige Zellgewebe um den grossen Gefässstrang mit den grössten Schwierigkeiten verknüpft war. Indessen gelang es doch durch starkes Herabziehen des pectoralis minor den Raum so weit frei zu legen, dass endlich eine Schlinge um das periphere Ende der Vene geschürzt und die Vene zwischen den Ligaturen durchschnitten werden konnte.

Die Blutung stand.

2. Oct. Allgemeinbefinden gut. Keine Schwellung oder Vertaubung des linken Arms, nur die Hand etwas bläulich. Puls in der Radialis fühlbar.

3. Oct. T. 40,1. Schwellung in der Umgebung der Wunde, namentlich gegen Schulter und Achselhöhle hin, grosse Empfindlichkeit gegen Berührung. Nähte werden entfernt. Multiple Stichelung. Offene Wundbehandlung. Permanente Irrigation mit 2½proc. Carbollösung. Gegen Abend war die T. auf 37,2 gesunken. Pat. fühlte sich bedeutend erleichtert. Empfindlichkeit geringer.

4. Oct. T. 38,5. Phlegmonöse Schwellung kriecht auf Rücken und Nacken fort. Stichelung wiederholt. Irrigation mit Salicylsäurelösung, da der Harn eine dunkle Färbung zeigt. Nachlass der Schmerzen und Sinken der Temperatur.

6. Oct. Schüttelfrost. Die Wunde schmutzig grau und mit gangränösen Fetzen bedeckt. Salicylpulver. Eisblase.

Vom *6. bis 15. Oct.* durchschnittlich zwei schwere Schüttelfröste täglich. Husten mit Expectoration blutig gestreifter Sputa. Durchfälle.

Vom *15.—17. Oct.* fieberfrei.

Vom *17.—31. Oct.* wiederholte Schüttelfröste, doch keine deutlichen Localisationen. Zunge stets feucht.

Vom *31. Oct.* ab fieberfrei.

Den *13. Nov.* Abgang der Ligaturen. Die Wunde granulirt, gut vernarbt von den Rändern her.

Den *6. Dec.* gesund entlassen. Die Bewegungen des Arms vollkommen unbehindert. Allgemeinbefinden ausgezeichnet.

Ich erwähne nur noch, dass Pat. innerhalb der 3 Wochen, wo die Schüttelfröste fast ununterbrochen andauerten, täglich 2—3 Fl. starken Wein und während der Remissionen stets Nahrung zu sich nahm. — Warum erwies sich in diesem Fall die Unterbindung der Art. subclavia als überflüssig, während bei Verwundungen und Blutungen aus der Vena

[4]) Vergl. Rabe. Zur Unterbindung der grossen Gefässstämme. D. Z. f. Chir. V. pag. 204.

femoralis die Unterbindung der gleichnamigen Arterie nach v. Langenbeck und v. Oettingen nothwendig sein soll?

Bei Operationen an den grossen Venen der Achselhöhle, die unter allen antiseptischen Cautelen vorgenommen werden können, sind die Gefahren ungleich geringer. Die Ausschaltung eines grösseren Stückes der Achselvene ruft keinerlei Störungen hervor. Freilich bleibt in dem Stamm der Cephalica ein Seitenweg offen, durch den das venöse Blut der Extremität ungehindert abfliessen kann.

2. Fall. Exstirpation eines Kindskopfgrossen Sarkoms der Achselhöhle, welcher von der Gefässscheide ausgegangen war. Resection eines 1½" langen Stückes der Vena axillaris bis zur Subclavia. Heilung.

E. T., 57 Jahre alt, giebt an im Frühjahr 1879 die Entwickelung eines kleinen Tumors in der rechten Achselhöhle bemerkt zu haben. Um Weihnachten herum vergrösserte sich derselbe sehr rasch und verursachte dem Pat. solche Beschwerden, dass er den 11. Februar 1880 Hilfe in der chirurgischen Klinik suchte.

Der Tumor ist über Kindskopf gross, beweglich, füllt die ganze Achselhöhle aus, nach hinten unter den latissimus dorsi bis an den vorderen Rand der Scapula, nach vorne unter pectoralis major bis zur 2. Rippe vordringend.

Die äussere Haut mit dem Tumor zum Theil verbacken, ausgedehnte Venennetze. Keine Drüsenschwellungen; keine Stauungserscheinungen.

Da es höchst wahrscheinlich war, dass wir es mit einem Sarcom der Gefässscheide zu thun hatten, so wurde der Tumor zunächst mit zwei halbmondförmigen Schnitten am Rande des latissimus uud pectoralis freigelegt und dann sofort abwärts vom Tumor auf die Achselgefässe eingegangen. Es stellte sich in der That sehr bald heraus, dass die Geschwulst mit der Vena axillaris zusammenhing, ja zum Theil dieselbe umschloss, die Arteria axillaris aber freiliess. Ich durchschnitt deshalb die Achselvene unterhalb des Tumors zwischen zwei Ligaturen, durchtrennte den pectoralis major bis der untere Rand des pectoralis minor frei vor mir lag und konnte nun ohne Schwierigkeit nach doppelter Unterbindung aller Seitenäste bis zur Subclavia vordringen, welche sich frei erwies. Nach Unterbindung und Durchschneidung des fast daumendicken Venenstamms liess sich der Tumor leicht herausheben. Bei genauerer Untersuchung ergab sich, dass ich ein 1½" langes Stück der Achselvene entfernt hatte, welches fest in den Tumor eingebettet war und eine nicht unbeträchtliche Verengerung des Lumens durch hineingewucherte derbe Sarcomzapfen zeigte.

Der anfänglich günstige Wundverlauf wurde durch ein schweres Wandererysipel gestört, welches etwa 3 Wochen lang andauerte. Am 19. März linksseitige Pneumonie im unteren Lappen, leichte Gelenkaffectionen.

Den 20. April konnte Pat. gesund entlassen werden.

3. Fall. Carcinoma mammae, Ausräumung der Achselhöhle, Exstirpation eines 1" langen Stücks der Vena axillaris, welches mit carcinomatös infiltrirten Drüsen verbacken war. Heilung.

B. M., 55 Jahre alt. Hühnereigrosser harter höckeriger Tumor in der linken Mamma. Ein Strang von infiltrirten Lymphdrüsen bis zur Achsel, wo sich ein grösseres Convolut bis unter den Rand des pectoralis major verfolgen lässt. Da sich bei der Operation ein grösseres Drüsenpacket mit der Vena axillaris verbacken zeigte, so wird dieselbe genau wie im vorigen Fall zunächst peripher zwischen 2 Ligaturen durchschnitten, mit dem daran haftenden Drüsenpacket bis an den Rand des pectoralis minor frei präparirt noch einmal unterbunden und vor der Ligatur abgeschnitten. Das ausgeschnittene Stück ist 1" lang mit erbsengrossen Knoten dicht besetzt, welche fest an der Vene haften. Intima vollkommen frei; Lumen durchgängig. Der Wundverlauf bot nichts Abweichendes, die Wunde in der Achselhöhle heilte per prim. Pat. konnte nach 3 Wochen entlassen werden.

4. Fall. Schussverletzung der Art. und Vena femoralis gleich unterhalb des Adductorenschlitzes: Blutstillung durch den Schlauch. Eine Stunde später Unterbindung beider Gefässe nach Antyllus. Am 6. Tage Nachblutung, die von selbst steht. Am 12. Tage wieder Nachblutung. Eröffnung der Wunde, nochmalige Unterbindung des centralen Endes und eines höher abgehenden Seitenastes. Heilung.

W. C., 20 Jahre alt, erhielt am 22. September 1880 beim Pistolenduell auf 15 Schritt Distanz einen Schuss durch die Weichtheile des rechten Oberschenkels im untern Drittel. Starke arterielle Blutung, welche durch sofortige Application des Schlauchs gestillt wird. Aufnahme in der Klinik eine Stunde später. Nach Entfernung des Schlauches keine Blutung. Eingangsöffnung 10 Ctm. oberhalb des Condylus externus, Ausgangsöffnung 9 Ctm. oberhalb Condylus internus zwischen Sehne des adductor magnus und flexoren.

Umfang: Ueber der Patella: rechts 37,5, links 36; Höhe des Schusscanals: r. 39,5, l. 37; Mitte des Oberschenkels: r. 52, l. 50.

Die Untersuchung mit dem Stethoskop ergiebt in der Nähe der *Ausgangsöffnung ein lautes systolisches Schwirren*, das schwächer werdend sich bis in die fossa poplitaea abwärts und ebenso aufwärts bis über die Mitte des Oberschenkels hin verfolgen lässt. Puls in der pediaea sichtbar und fühlbar, wenn auch schwächer wie links. In der Tibialis postica keine Pulsation wahrzunehmen. Bei Compression der Arterie auf dem Schambeinaste hört das Schwirren auf.

Diagnose. Partielle Verletzung der Arteria femoralis gleich unterhalb des Adductorenschlitzes. Traumatisches Aneurysma? Nach Einwickelung des Gliedes mit der elastischen Binde und Application des Schlauchs wird sofort zur Unterbindung geschritten. 10 Ctm. langer Schnitt gleich über der Ausschussöffnung am unteren Rande der Sehne des adductor magnus. Sartorius wird nach unten gezogen und das Gefässbündel freigelegt. Die Umgebung desselben mit Blut infiltrirt, doch ist *ein grösserer Erguss* flüssigen oder geronnenen Blutes *nicht* wahrzunehmen. Die Arterie zeigt einen in die Länge gezogenen halbkreisförmigen Defect an der hintern Seite, nach Entfernung eines Blutgerinnsels, welches die Oeffnung verschliesst, ergiesst sich aus dem peripheren Ende ein Strahl dunkeln venösen Blutes. Die Isolirung der Arterie macht bei der straffen Einscheidung einige Schwierigkeiten, zunächst wird das periphere, dann das centrale Ende unterbunden, und das angeschossene Stück durchgeschnitten. Da sich bei genauerer Unter-

suchung herausstellt, dass auch die Vene seitlich verletzt ist, so wird sie gleichfalls doppelt unterbunden und zwischen den Ligaturen durchschnitten. — Volkmann'sche Schiene. Pat. klagt am Abend über Kältegefühl im Bein. Nadelstich und Druck werden an den Zehen nicht empfunden. In der Nacht starke Schmerzen im Fussrücken, die Pat. nicht schlafen lassen.

23. Sept. Die Sensibilität der Zehen hat sich wieder hergestellt, das Kältegefühl ist geschwunden. Nur von Zeit zu Zeit Schmerzen in der Ferse und im Fussrücken. Die Temperatur steigt bis 38,5, doch erklärt sich diese Steigerung durch den Ausbruch einer leichten Varioloïs.

Bis zum *28. Sept.* Befinden ausgezeichnet. Da die Wunde bis auf den oberen Wundwinkel primär verklebt ist, werden die Nähte und Drains entfernt und der volle Lister'sche Verband fortgelassen. Am Nachmittag um 2½ Uhr *Nachblutung*; dieselbe beträgt ungefähr 3—4 Unzen und stammt aus dem oberen Wundwinkel, welcher sich etwas geöffnet hat.

Da die Blutung steht, wird zunächst nichts unternommen, nur für möglichst ruhige Lage Sorge getragen.

Den *4. Oct.* ohne besondere Veranlassung wieder Nachblutung, diesmal stärker. Compression auf dem horizontalen Schambeinast. Pat. wird chloroformirt und die Wunde in ihrer ganzen Ausdehnung mit dem Finger getrennt. Es zeigt sich, dass die Ligatur vom centralen Ende zum Theil abgeglitten ist und gerade über dem schrägdurchtrennten Abschnitt liegt. Da die Lockerung der Ligatur nur durch die Nähe eines grösseren Seitenastes erklärt werden konnte, so wird die Adductorensehne etwa 3 Ctm. nach oben eingeschnitten und das Gefäss in grösserer Ausdehnung freigelegt. Es zeigt sich denn in der That, dass ein recht bedeutender Ast (articularis suprema Luschka) 1½ Ctm. oberhalb der Durchtrennungsstelle abgeht. Derselbe wird doppelt unterbunden und darauf das centrale Ende der Femoralis nochmals ligirt.

10 Oct. Die Wunde ist fast vollständig wieder geschlossen.

20. Oct. Pat. fängt an, auf Krücken umherzugehen. Puls in der Tibialis postica wieder deutlich fühlbar.

Pat. erholt sich langsam, da die Versteifung des Kniees und ein Decubitus an der Ferse ihn am freien Gebrauch des Beines hindert.

Dieser Fall erscheint in mehrfacher Beziehung lehrreich.

Er beweist zunächst, dass Schwirren in der verletzten Arterie auftreten kann *ohne gleichzeitiges Vorhandensein eines arteriellen Hämatoms oder traumatischen Aneurysmas,* — und dass wir somit wohl berechtigt sind aus dem Vorhandensein eines Geräusches, welches an der Stelle der Verletzung am deutlichsten ist, nach oben und unten im Verlaufe der Arterie aber schwächer wird, *eine partielle Trennung des Gefässrohrs* mit *Fortdauer der Blutströmung zu diagnosticiren.*

Seit den Untersuchungen von Th. Weber[5]) unterliegt es keinem Zweifel mehr, dass Geräusche nicht in dem Blute selbst, sondern in der Gefässwandung erzeugt werden, dass es nur Vibrationen der Gefässwand sind, welche wir mit dem Ohre vernehmen. Partielle Trennungen des Gefässrohrs, bei denen das Blut noch in einem rinnenförmigen Canal hinströmt und die Ränder der Gefässöffnung in Schwingungen versetzt, müssen ganz besonders dazu geeignet sein, Geräusche zu erzeugen, welche natürlich sofort schwinden, wenn wir den Blutstrom unterbrechen. Wir werden das Geräusch also in allen Fällen finden, wo die Arterie nur unvollkommen getrennt ist und wiederum in solchen Fällen vermissen, wo eine vollständige Trennung stattfand und das Arterienrohr durch Thrombus verschlossen ist. Controliren wir den Befund an der verletzten Stelle mit dem Pulse unterhalb derselben, so lassen sich für die Diagnose sehr wichtige Anhaltspunkte gewinnen. Aber nicht bloss für die Diagnose, auch für die Praxis scheint mir diese Thatsache von grosser Bedeutung. Sind wir wirklich im Stande gleich nach der Verletzung zu erkennen, dass eine partielle Trennung des Gefässrohrs vorliegt, so werden wir einen Augenblick zögern, die Unterbindung des Gefässes vorzunehmen; denn partielle Trennungen führen fast immer zu Nachblutungen, gerade bei ihnen ist die Gefahr einer allmäligen Blutinfiltration der Gewebe am grössten.

Er bestätigt ferner die von Guthrie[6]) zuerst hervorgehobene Thatsache, dass die Blutung aus dem peripheren Ende der verletzten Arterie einen venösen Charakter haben kann. Guthrie sagt (l. c. p. 336): «The blood from the lower end of a divided artery or that which is farthest from the heart is of a dark or venous colour, when it happens to flow immediately after the division of the vessel. At a subsequent period it may assume more of the colour of arterial blood, but it rarely does so for several days after the receipt of the injury and always flows or at least until a very late period in a continued stream».

Ich citire den ganzen Passus wörtlich, weil Rose in seinem Vortrag (p. 743 Anmerkung) Guthrie die Behauptung in den Mund legt, dass das rückströmende Blut *stets* schwarz sei. Aus Guthrie's Worten geht nur hervor, dass die Blutung in der ersten Zeit nach der Verletzung den venösen Charakter trage, später aber mit der Herstellung des Collateralkreislaufs sehr wohl wieder arteriell werden könne. Damit stimmt nun freilich nicht, wenn Lidell in einem Falle von traumatischem Aneurysma der Art. femoralis, welches 51 Tage nach der Verletzung operirt wurde (l. c. p. 120) die Blutung aus dem peripheren Ende noch venös fand.

Sollte die ganze Erscheinung nicht vielleicht nur darauf beruhen, dass bei Compression der Arterie auf dem Schambeinaste oder bei Application des elastischen Schlauches gleichzeitig auch die Vene comprimirt, und der venöse Rückfluss gehemmt wird? Bei der fehlenden vis a tergo im Hauptstamm der Arterie wird sich natürlich das periphere Ende derselben von den Capillaren aus mit venösem Blute füllen, welches dann in continuirlichem Strahle ausfliesst.

Er zeigt uns ferner, dass arterielle *Nachblutungen* (Ligaturblutungen) *am zweckmässigsten durch Wiedereröffnung der Wunde und erneute Unterbindung in loco zu stillen sind.*

Ich muss gestehen, dass ich bei der ersten Nachblutung unschlüssig war, ob ich in loco oder höher oben nach Hunter unterbinden sollte. Wer in einer Schule aufgewachsen

[5]) De causis strepit. Lips. 1845.

[6]) On diseases and injuries of Arteries. London 1830.

ist, wo fast nur von der Hunter'schen Unterbindung die Rede war, wo es den Chirurgen mit Stolz erfüllte, unbekümmert um den verlorenen Posten immer höhere Abschnitte des Gefässes bis zum Stamm der Aorta frei zu legen, der entschliesst sich nicht leicht zu Neuerungen, auch wenn ihnen gute und gewiegte Namen zur Seite stehen.

Eine genauere Ueberlegung sagte mir aber, dass es sich hier nur um Blutung aus einem Seitenaste handeln könne, welche in den verletzten Theil der Arterie einmündete oder um einen grösseren Ast jenseits der Ligaturstelle, der die Bildung des Thrombus verhindert und zur Lockerung der Fadenschlinge geführt hatte. Bei der Unterbindung war mir kein Seitenast aufgefallen, es konnte also nur die innerhalb des Adductorenschlitzes abgehende und wahrscheinlich übersehene *Art. articularis suprema* oder *anastomotica magna* (Luschka) sein, welche bisweilen eine recht beträchtliche Grösse erreicht [7]).

Die Operation bestätigt diese Voraussetzung in jeder Beziehung und da auch der Erfolg meiner Erwartung entsprach, so nehme ich keinen Anstand den von Rose ausgesprochenen Satz: «Für den Fall einer Nachblutung würde ich nicht die entfernte Unterbindung wie Strohmeyer rathen, sondern die Unterbindung in der Wunde wiederhoben (l. c. p. 447)» durchaus zu unterschreiben und in allen vorkommenden Fällen zur Nachahmung zu empfehlen.

Der Fall lehrt uns endlich, dass die sofortige Unterbindung beider Gefässstämme des Oberschenkels, dort wo sie in die Kniekehle eintreten, keineswegs Gangrän des Unterschenkels zur Folge hatte, und dass gar nicht abzusehen ist, warum die Unterbindung einen oder 1½" tiefer immer diesen Ausgang herbeiführen müsste. Hätten wir durch den Stillstand der Blutung veranlasst, die Unterbindung vielleicht einige Tage aufgeschoben, bis sich ein diffuses Hämatom entwickelte, bis die Weichtheile sich in weiter Ausdehnung mit Blut infiltrirten, so wäre der Ausgang möglicherweise ein anderer gewesen. Die Casuistik bestätigt diese Voraussetzung in schlagender Weise. Heben wir aus der Rabe'schen Zusammenstellung 7 Fälle von Unterbindung im Adductorenschlitz heraus, so ergiebt sich, dass *nur eine* wirklich erfolgreich war. Der besseren Uebersicht wegen setze ich die Fälle kurz hierher:

A. Directe Unterbindungen der Femorales im Adductorenschlitz wegen Schussverletzung der Arterie. (Antyllus).

1. Courvoisier (Rabe. № 456). Unterbindung am 8. Tage. *Gangrän. Amput. Heilung.*

2. Fischer (Rabe. № 457). Unterbindung am 15. Tage. *Gangrän. Tod.*

3. König (Rabe. № 459). Unterbindung am 21. Tage. Nachblutung. Femoral. communis. *Gangrän. Tod.*

4. Luecke (Rabe. № 462). Unterbindung am 18. Tage. *Pyaemie. Tod.*

5. v. Zehender (Rabe. № 506). Unterbindung am 28. Tage. *Heilung.*

[7]) *Anmerk.*: Die articularis genu suprema entspringt allerdings nach Henle meist unmittelbar *vor dem Sehnenbogen* des m. adductor magnus, doch kommt es gar nicht so selten vor, dass sie tiefer unten *hinter demselben* abgeht. In unserem Falle war die Abgangsstelle des Gefässes eine ungewöhnlich tiefe, *ein* grösserer ungetheil-Stamm senkte sich in die Substanz des vastus internus.

B. Indirecte Unterbindungen im Adductorenschlitz wegen Schussverletzungen des Unterschenkels (Hunter).

6. Cambay (Rabe. № 27). Ligaturblutung. *Femoralis communis.* Ligaturblutung. *Amput. Heilung.*

7. Czerny (Rabe. № 528). Ligaturblutung. Femoralis externa. *Heilung.*

Bei 5 directen Spätunterbindungen erfolgte 3 Mal Gangrän, 1 Fall verlief tödlich durch Pyaemie, bei 2 indirecten Unterbindungen traten Ligaturblutungen ein, die die Unterbindung höher am Stamme nöthig machten. Ich glaube, diese Thatsachen lassen einen weiteren Commentar überflüssig erscheinen.

Leider ist man nicht immer in der Lage, die eben dargelegten Principien strict befolgen zu können, und das ist wohl auch der Grund, warum die Unterbindungen in der Kriegspraxis meist einen so üblen Ausgang nehmen.

5. Fall: Chronische Osteomyelitis im unteren Drittel des linken Femur. Perforation der Poplitaea durch einen Sequester. Unterbindung der Femoralis in der Mitte nach Hunter am 8. Tage. Pyaemische Schüttelfröste. Beginnende Gangrän des Unterschenkels am 6. Tage nach der Unterbindung. Tod.

J. Str., 36 Jahre alt, hat vor 7 Jahren eine Osteomyelitis im unteren Drittel des linken Femur durchgemacht, welche zur Eiterung und Bildung von Fistelgängen beiderseits 3 fingerbreit unter den Condylen geführt hat. Zeitweilig sistirte die Eiterung, vor 3 Jahren brachen die Fistelgänge wieder auf und schlossen sich nicht mehr; namentlich der innere eiterte recht bedeutend. Knochenstücke sollen nicht abgegangen sein. Die Mutter ist an einem Lungenübel gestorben. Den 28. Januar 1880 ist Pat. aus dem Schlitten gefallen und hat eine Quetschung des linken Knies erlitten, welche sofort von starker Blutung aus der inneren Fistelöffnung gefolgt war. Die Blutung stand nach einiger Zeit, wiederholte sich aber an den folgenden Tagen mehrmals, so dass Pat. ärztliche Hilfe aufsuchte. Die in Anwendung gezogene Tamponade der Fistelöffnung mit in Liq. ferri sesquichl. getauchter Watte und ein Compressivverband brachten die Blutung zeitweilig zum Stehen, da sie aber nach 4 Tagen mit erneuter Heftigkeit wiederkehrte, kam Pat. den 2. Febr. in die chir. Klinik.

Status praesens: Das Allgemeinbefinden des Pat. trotz der wiederholten Blutungen erträglich gut. Bei Entfernung des Verbandes und Entfernung grösserer Mengen von Blutgerinnseln, welche die Fistelöffnungen bedeckten, wird unter Compression der Femoralis auf dem horizontalen Schambeinaste die innere Oeffnung breit gespalten und ein corticaler scharfrandiger zackiger Sequester von 4 Ctm. Länge und 2 Ctm. Breite extrahirt. Die genauere Untersuchung der Wundhöhle weist ein rundliches Loch im oberen Abschnitt der Poplitaea nach, doch ist die Arterie so fest in sclerotisches derbes Gewebe eingebettet und mit der hinteren Fläche des Femur verbacken, dass eine Isolirung in der Wunde von vornherein aufgegeben werden musste. Ich schritt desshalb sofort zur Unterbindung der Schenkelarterie in der Mitte, wo sie vom Sartorius gekreuzt wird. Die Wundhöhle unten wurde nach Möglichkeit desinficirt und drainirt. Den nächsten Tag Schüttelfrost, an der Unterbindungswunde nichts Auffälliges; das Secret aus der Wundhöhle unten aber sehr übelriechend.

7. Febr.: Keine prim. intentio oben, übelriechendes Secret. Phlegmonöse Schwellung in der Umgebung. Wiederholte Schüttelfröste.

8. Febr.: Kältegefühl im Bein, diffuse ödematöse Schwellung und venöse Stasen. Dyspnoe. Delirien.

10. Febr.: Tod.

Die Section ergab zerstreute subpleurale Infarcte in den Lungen. Zerfallene Thromben in der ven. iliaca sinistra. Die Ligaturen an der Femoralis sitzen fest, oberhalb derselben derbe Thromben. 12 Ctm. unterhalb der Unterbindungsstelle findet sich die etwa linsengrosse Perforationsöffnung der Arterie. Vena poplitaea mit zerfallenen Thromben gefüllt, von denen einzelne Stücke nach oben in die Femoralis und Iliaca fortgespült scheinen. Die Muskelinterstitien des Unterschenkels blutig serös infiltrirt. Muskeln selbst, namentlich die tieferen, graulich verfärbt.

Einen ganz ähnlichen Fall finde ich bei Lidell (l. c. p. 192, Case LXIII) Blutung aus der Femoralis gleich unterhalb des Adductorenschlitzes durch Perforation eines Sequesters. Oedem des Unterschenkels. Da die Blutung stand und Pat. sehr anämisch war, wurde keine Unterbindung vorgenommen. Tod. Die *Section* ergab eine ausgedehnte Blutinfiltration der Muskelinterstitien, Nerven und Gefässscheiden. Sehr wahrscheinlich hätte auch hier die Unterbindung der Femoralis zur Gangrän geführt.

Ich füge zum Schlusse noch einen Fall hinzu, der die Nutzlosigkeit der Compression des Arterienstammes bei traumatischen Aneurysmen illustrirt und auf den einzig richtigen Weg hinweist, den wir bei Arterienverletzungen zu beschreiten haben.

Fall 6. Schussverletzung der Femoralis 3 Fingerbreit unter dem Poupart'schen Bande. Am 3. Tage traumatisches Aneurysma. Nach Heilung des Schusskanals Compression 11 Tage lang ohne Erfolg. Bisher keine Vergrösserung der Aneurysma, keine Functionsstörung.

A. L., 27 Jahre alt, erhält am 3. Febr. auf 15 Schritt Distance eine Pistolenkugel in die Weichtheile des rechten Oberschenkels. Arterielle Blutung. Esmarch'scher Schlauch. 2 Stunden später Aufnahme in die Klinik. Einschussöffnung 1 Fingerbreit unterhalb Trochanter major rechterseits und etwa 3 Fingerbreit nach vorne von demselben. Am aufsteigenden Ast des Sitzbeins eine Sugillation, die Kugel rechts am bulbus urethrae fühlbar. Blutung aus der Harnröhre. Nach Abnahme des Schlauchs keine Blutung; Puls in der tibial. antica fühlbar. Die Kugel wird am bulbus ausgeschnitten. Keine Verletzung der Harnröhre.

5. Febr.: Ausgedehnte Sugillationen an der vorderen und inneren Seite des Schenkels, in der Leiste *deutliches, mit dem Pulse isochrones Schwirren.* Dasselbe ist gleich unter der Leiste am deutlichsten fühlbar, erstreckt sich etwa 3 Fingerbreit nach unten und eine Handbreit zur inneren Seite des Oberschenkels, desgl. nach oben etwa 2 Fingerbreit über das Poupart'sche Band, genau in der Richtung der grossen Gefässe. Keine Pulsation. Bei leichter Compression der Femoralis schwindet das Schwirren, während der Puls fühlbar bleibt. Circumferenz rechts oben 59 Ctm., links 54 Ctm.

10. Febr.: Sugillationen schwinden. Schwellung etwas geringer. Einwickelung des Beins und 1 Stunde täglich Digitalcompression auf dem horizontalen Schambeinaste.

24. Febr.: Schussöffnung solid verheilt. Pat. verlässt das Bett. Täglich einige Stunden Esmarch'sches Stangencompressorium.

1. März: Grenzen des Schwirrens etwas kleiner. Pat. giebt an, dass am Morgen das Schwirren mitunter ganz verschwinde; in der That wird dasselbe sehr bedeutend schwächer, wenn Pat. den Schenkel flectirt und adducirt. Bei der Streckung kehrt es aber sofort wieder. Pat. wird auf Wunsch entlassen.

Nach $1^1/_2$ Monaten stellt er sich wieder vor, das Schwirren unverändert; Circumferenz rechts um 2 Ctm. grösser wie links. Anfänglich stellte sich beim Gehen ein leichtes Oedem des Unterschenkels ein, aber später ist auch dieses geschwunden. Function des Beins in keiner Weise beeinträchtigt.

Welcher Art war hier die Verletzung? Handelte es sich um eine Verletzung der Femoralis communis oder waren Arteria und Vena femoralis zugleich betroffen? Oder war nur die Profunda hart an ihrer Abgangsstelle angeschossen? Ich weiss nicht anzugeben, ob das Schwirren schon gleich nach der Verletzung bestand; das Vorhandensein des Pulses in der Tibialis antica macht die Verletzung der Femoralis unwahrscheinlich; erst die ausgedehnten Sugillationen führten am 3. Tage zur genaueren Untersuchung und zum Nachweis des traumatischen Aneurysmas. Gegen die Verletzung der Femoralis sprach die geringe Ausdehnung des Aneurysmas; die ungestörte Heilung des Schusskanals, die Abwesenheit auffälliger Stauungserscheinungen im Bereich der subcutanen Venen liess eine gleichzeitige Verletzung der Vene (arteriell venöses Aneurysma) ausschliessen. Somit war der günstige Augenblick zur Unterbindung verpasst und der Versuch einer Compressionsbehandlung geboten. Leider blieb dieselbe erfolglos. Sollten im weiteren Verlauf irgend welche Beschwerden auftreten, das Aneurysma sich vergrössern etc., so würde ich den Sack spalten und die verletzten Gefässe doppelt unterbinden. Selbst die Unterbindung der Vena femoralis würde ich nicht fürchten, da sich mittlerweile genügende Collateralwege etablirt haben müssen.

Die Nutzlosigkeit der Compression wird auch durch einen Fall aus Billroth's[8]) Praxis illustrirt. Traumatisches Aneurysma der Femoralis in der Mitte des Oberschenkels durch Revolverschuss. 33tägige Anwendung des Segnoroni'schen Compressoriums. Pulsation schwindet zeitweilig, kehrt aber wieder.

Desgleichen durch Case XXXVIII bei Lidell[9]) Digitalcompression 46 Stunden lang vergeblich, dann Unterbindung nach Antyllus, Heilung. Endlich durch einen Fall bei G. Fischer;[10]) intermittirende Digitalcompression 5 Tage lang fortgesetzt, erfolglos. Unterbindung nach Antyllus. Gangrän. Tod.

---

[8]) Canst. JB. 1871, II, p. 336.

[9]) l. c. p. 119.

[10]) D. Z. f. Chir., I, p. 221.

Referate.

E. Boström. Ueber die Vergiftung durch Morcheln. (Lorchel, Helvella esculenta. — Sitzungsberichte der physicalisch-medicin. Societät in Erlangen vom 14. Juni 1880).

Es sind schon früher einige Vergiftungsfälle durch Morcheln beschrieben worden, und ist man geneigt gewesen, eine besondere Gruppe unter dem Namen Helvella suspecta als giftige von den gutartigen essbaren Morcheln abzutrennen. Aber die Unterscheidungsmerkmale waren äusserst wenig charakteristisch und wohl mehr bei den Haaren herbeigezogen. Verf. zeigt nun, dass die frische Morchel, ohne besondere Vorsichtsmaassregeln zubereitet, giftig ist und sogar den Tod herbeiführen kann. Veranlassung zu dieser Untersuchung boten ihm 2 Vergiftungen, an welchen ein 8jähriger Knabe und ein 16jähriges Mädchen nach dem Genuss von Morcheln zu Grunde gegangen waren. Der erstere starb 22 Stunden, die letztere 54 Stunden nach der verhängnissvollen Mahlzeit. Es war sehr heftiges Erbrechen, sowie starker Icterus vorhergegangen und darauf krampfartige Erscheinungen gefolgt, die sich bis zum Trismus und Tetanus steigerten, verbunden mit heftigen Delirien, bis schliesslich der Tod in einem comatösen Zustande eintrat. Ausser den beiden Verstorbenen hatte die ganze Familie an der Mittagsmahlzeit theilgenommen und erkrankten sämmtliche Glieder derselben bereits um 6 Uhr Nachmittags rasch hintereinander. Die Krankheitssymptome der leichter erkrankten Familienglieder bestanden in heftigem Erbrechen, mässigen Leibschmerzen, sehr bald eintretendem Icterus, Mattigkeit und Diarrhoe. Noch einen Monat später waren dieselben, obgleich die meisten ihren häuslichen Beschäftigungen nachgingen, noch nicht ganz hergestellt; nur eine erwachsene Tochter war noch bettlägerig, ziemlich stark icterisch und klagte über Benommenheit, Kopfschmerzen und grosse Mattigkeit. Bei der unter ungünstigen Verhältnissen ausgeführten Section wurde das Blut fast vollkommen flüssig und dunkel, Nieren und Milz sehr blutreich und deutlicher Icterus gefunden, ferner Hyperämie und Lockerung der Magenschleimhaut und Hyperämie des Gehirns und seiner Häute. Hieran knüpfen sich folgende experimentelle Untersuchungen. Es wurden die frischen, vom Wochenmarkt gekauften, meist in der vorhergehenden Nacht gepflückten Morcheln etwa eine Viertelstunde mit Wasser gekocht und das Wasser, entweder filtrirt oder nur einfach abgegossen, Hunden theils in den Magen injicirt, theils ihrem Futter beigemengt. Alle Hunde, die eine so zubereitete Morchelsuppe bekamen, erkrankten, ja ein Hund erkrankte schon dadurch, dass er die fast ganz leere Schüssel, in der die Suppe enthalten gewesen war, reinleckte. Die abgekochten Morcheln erwiesen sich dagegen in allen Fällen vollkommen unschädlich, wenn sie, klein geschnitten mit Fleisch vermischt, Hunden gegeben wurden. Bei mässiger Vergiftung traten folgende Symptome auf: nach 1—2 Stunden äusserst heftiges Erbrechen, Schwäche und Mattigkeit, nach etwa 12 Stunden ziemlich bedeutender Icterus und fast bei allen Thieren eitrige Conjunctivitis. Das auffallendste Symptom ist dann die sehr bald und in jedem Fall auftretende Hämoglobinurie. Sie bleibt mehrere Tage bestehen, dann aber zeigt sich noch 4—5 Tage deutlicher und reichlicher Eiweissgehalt und bis zum 10. Tage noch Gallenfarbstoffreaction des Urins. Fast ebenso lange Zeit nach der Vergiftung sind mikroskopisch zahlreiche sternförmig angeordnete Hämatoidinnadeln nachweisbar. Eine Gabe von einer Abkochung aus 100 Gr. Morcheln endet stets letal. In diesem Fall ist das Erbrechen der Hunde viel heftiger und anhaltender, die Mattigkeit viel grösser, desgleichen der Icterus. Vor dem Tode tritt eine grosse Steifigkeit besonders der hinteren Extremitäten ein, am dritten Tage zuerst clonische, dann tonische Krämpfe, die in eine vollkommene Steifigkeit übergehen, worauf bei sehr herabgesetzter Körpertemperatur etwa am 4. Tage der Tod eintritt. Auch hier war jedes Mal Hämoglobinurie und in den 2 letzten Tagen vollkommene Anurie vorhanden. Die Sectionsergebnisse waren immer dieselben: hochgradige Todtenstarre, allgemeiner Icterus, derbe pralle schon äusserlich dunkelgrau bis schwarzbraun erscheinende Nieren. Letztere sind sehr blutreich und zeigen sich bei der mikroskopischen Untersuchung alle Harnkanälchen dicht erfüllt, theils mit Hämoglobinkrystallen, theils mit ganz feinkörnigen und tropfenförmigen Hämoglobinmassen. 8.

Marx: Die katarrhalische Diphtherie. (D. Arch. f. kl. Med. XXVII. Heft 1 u. 2.)

Unter Leitung von Prof. Oertel hat M. eine Reihe von Fällen dieser Form studirt. Als katarrhalische Diphtherie wird jene Form bezeichnet, bei welcher nur oberflächliche, engbegrenzte diphtheritische Ablagerungen gesetzt werden, in der Schleimhaut selbst nur eine katarrhalische Affection besteht bei gleichzeitig geringen Allgemeinerscheinungen, unerheblicher Drüsenschwellung und Localisirtbleiben im Rachen.

Als echte Diphtherie charakterisirt sich diese Form: a) durch ihr klinisches Bild, b) durch den nicht seltenen Uebergang in die schweren Formen, c) durch ihre Abstammung und Uebertragungsfähigkeit und endlich d) durch den pathol. mikroskop. Befund.

Die Erkrankung beginnt mit leichtem Fieber, Unwohlsein und mässigen Schmerzen beim Schlingen. Im Rachen findet sich eine Schleimhautpartie, gew. eine Mandel, etwas geschwellt, erheblich geröthet und auf derselben ein oder einzelne kleine weissgraue oder weissgelbe, reifähnliche Flecken; für letztere ist die oberflächliche Lage und enge Begrenzung charakteristisch. In 2—3, selten 4—6 Tagen haben sich die fleckigen Belege entfernt und der Process sein Ende erreicht. In einer grossen Zahl von Fällen jedoch findet ein Uebergang in schwere Formen statt; die Belege vergrössern sich, werden dicker, fliessen zusammen und bilden dann echte diphtheritische Membranen, — oder der Process geht auf den Kehlkopf über als Croup.

M. führt eine Reihe von Krankheitsgeschichten als Belege an und zeigt aus einigen sehr eclatanten Beispielen, welche Bedeutung für die Propagation der Diphtheritis die leichten Formen haben, wie die Fälle in ihrer Schwere wechseln, wenn auch im Allgemeinen die Art der Infection sich nach der Schwere des inficirenden Falles richtet.

Am sichersten charakterisiren sich diese Fälle durch den mikroskopischen Befund ihrer Producte: An der Stelle der weissgrauen Belege haben sich Wucherungen von Mikrokokken entwickelt. Die oberen Schichten des Epithels sind nicht verändert, die tieferen Epithelzellen sind glasig gequollen und enthalten einen vergrösserten Kern. Auf der Oberfläche sind die Mikrokokken in Haufen ausgebreitet, bilden Colonien und Gallertstöcke, sie dringen zwischen die Epithelien in die tieferen Schichten. In der Tiefe beginnt 24 St. nach der Erkrankung Eiterbildung, die die Pilzmassen umgrenzt und schliesslich abstösst. Von der schweren Form unterscheidet sich die katarrhalische Diphtherie durch das Fehlen der Fibrinausscheidung zwischen den Epithelien, von den schleimig-eitrigen Belegen einfacher Katarrhe dadurch, dass bei letzteren massenhaft die verschiedensten Organismen vorkommen (Leptothrix buccalis, Spirillen, Oidium albicans u. s. w.), welche durch den Diphtheritis-Pilz verdrängt werden.

Die praktisch wichtigsten Ergebnisse seiner Arbeit fasst Marx am Schluss zusammen. Ganz besonders wird durch dieselben die Wichtigkeit der Isolirung der Kranken, selbst in den scheinbar leichten, ambulanten Fällen klar gestellt. Ferner warnt er vor allen Berührungen, welche geeignet sind Secret einer katarrhalischen Diphtherie auf eine gesunde Mundschleimhaut zu übertragen, — so Gebrauch von Tüchern, Löffeln, Tassen der Kranken, besonders aber vor Küssen.

Bezüglich der *Therapie* spricht sich M. gegen Cauterisationen aus, die entzündliche Reaction soll nicht bekämpft, sondern eine energische Eiterbildung angeregt werden. Dazu werden besonders empfohlen Inhalationen heisser Wasserdämpfe (anfangs stündlich durch 15 Min.), Desinfection des Mundes durch antisept. Gurgelungen und Ausspritzungen sind bei schweren Formen nicht zu versäumen. —o—

S. Schaefer: Extractum Fabae Calabaricae bei Atonie des Darms. (B. kl. W. 51).

Im Hinblick auf Thierexperimente, welche ergeben haben, dass das gen. Extract den Darmkanal in tetanischen Krampf versetzt, so dass sein Inhalt kräftig ausgestossen wird, — gab S. dasselbe in 5 Fällen von hartnäckiger Darmatonie und davon abhängiger Verstopfung mit Flatulenz. Der Erfolg war in allen diesen Fällen so wie in anderen beiläufig erwähnten ein rascher und vollständiger.

S. giebt die von Subbotin (Arch. f. kl. M. VI, 285) angewandte Lösung: Extr. Fab. Calabar. 0,05 auf Glycerin 10,0, dreistündlich zu 6 Tropfen. —o—

Joh. Mikulicz: Zur Sprayfrage. (Arch. f. kl. Chir. Bd. XXV. Heft 4.)

Wer täglich mit Wunden und Wundbehandlung zu thun hat, empfindet tief, wie wünschenswerth es ist, dass von dem complicirten Apparat der Lister'schen Wundbehandlungsweise aller unnütze Ballast so bald wie möglich abgestreift werde. Wie Trendelenburg jüngst die Sprayfrage einer Erörterung unterworfen und aus rein praktisch-klinischen Erfahrungen die Entbehrlichkeit des Spray deducirt hat, so giebt nun demselben Satz von der Entbehrlichkeit des Spray M. die ergänzende Unterlage durch theoretische Speculationen und genaue experimentelle Untersuchungen. Heben wir nur die wichtigsten Punkte der interessanten Arbeit hervor. Es ist bekannt, dass die Pilzarten in trockenem und feuchtem Zustande vorkommen, in dem ersteren Zustande eine viel trägere Lebensthätigkeit entfalten als in letzterem, daher in ersterem auch später und dann weniger schädlich wirksam. Ebenso ist bekannt, dass die Pilze sehr verschieden bösartig wirken je nach dem Mutterboden, auf dem sie entstanden, so also ob sie in Infectionsflüssigkeiten oder mehr indifferenten Flüssigkeiten vegetirt haben, letztere nennt M. indifferente Pilzkeime, erstere pathogene. Letztgenannte werden nun in feuchtem Zustande intensiv, in trockenem weniger intensiv inficiren, wie Verf. auch durch Versuche nachgewiesen hat. Es ist also in Hospitälern die Contact-Infection durch Uebertragen von Pilzen in feuchtem Zustande von Wunde zu Wunde durch Instrumente etc. vor allem zu fürchten, weniger gefährlich ist die Spontan-Infection, bei der an und für sich nicht so gefährliche Pilzindividuen (z. B. Trockenkeime) einen besonders günstigen Boden, wie sinuöse Wunden mit stagnirendem Secret finden und sich erst hier zu intensiv schädlichen Individuen entwickeln.

In die Luft gelangen nur die Trockenkeime, gegen diese käme also nur der Spray in Anwendung, diese soll er unschädlich machen. Nun lehrt aber das Experiment, dass der Spray wohl die einzelnen Keime weniger lebensfähig macht, dafür aber mit der niederfallenden Flüssigkeit sehr viele mit niederreisst, also die Luft reinigt, die

Wunde aber mit noch nicht ganz unschädlichen Elementen überschüttet, die sonst nur in geringerer Menge auf die Wunde gelangen würden. Rein mechanisch wirkt also der Spray schädlich, sein Nutzen, das Berieseln mit antiseptischer Flüssigkeit wird besser erreicht durch die Irrigation. — Die Versuche mit dem Spray, so wie die detaillirteren Ausführungen können hier natürlich nicht reproducirt werden und muss darin auf das Original verwiesen werden.

T.

Prof. Fraentzel: Einige Bemerkungen über idiopathische Herzvergrösserungen. (Char.-Ann. V. Bd.)

Eingangs protestirt Fr. gegen die Bezeichnung: concentrische und excentrische Herzhypertrophie. In jedem einzelnen Falle von Herzvergrösserung handelt es sich darum, zu entscheiden, ob eine *Hypertrophie der Ventrikelwand* oder eine *Dilatation der betr. Ventrikularhöhle* vorliegt. «*Die Hypertrophie giebt die Lebensgarantie, die Dilatation die Todesgefahr.*»

Je langsamer die Widerstände zunehmen, um so wahrscheinlicher ist, dass der Ventrikel die Kraft behält, sie zu überwinden, ohne dass sich die Höhle dehnt. Bei der Nierenschrumpfung entwickelt sich daher meist Hypertrophie des linken Ventrikels ohne Dilatation. Umgekehrt kann bei einem heruntergekommenen Individuum eine acute hämorrhagische Nephritis zu einer solchen Drucksteigerung führen, dass der schwache linke Ventrikel nicht die Kraft gewinnt, die Widerstände zu überwinden; die Dilatation wird immer stärker, die Harnmenge nimmt ab, der Tod ist unabwendbar.

Wenn Fr. von idiopathischen Herzvergrösserungen spricht, so sind darunter *Dilatationen* verstanden, bei welchen jedoch gleichzeitig *Hypertrophie* vorhanden sein kann. Es ist von der grössten Wichtigkeit, im einzelnen Fall das Vorhandensein der Hypertrophie zu erkennen, doch ist diese Diagnose oft sehr schwierig, bisweilen ganz unmöglich. Sie stützt sich auf *abnorme Spannung der Radialarterien, abnorm resistenten Spitzenstoss* und auf einen auffallend *starken oder klingenden zweiten Aortenton für den linken Ventrikel,* — ausschliesslich auf den abnorm *starken oder klingenden zweiten Pulmonalarterienton für den rechten Ventrikel.* Hierbei muss berücksichtigt werden, dass diese wenigen Zeichen fehlen können, so z. B. nach Blutverlusten, — ferner, dass eine Hypertrophie beim Aufhören der abnormen Widerstände allmälig rückgängig werden kann.

Die Percussion gestattet keinerlei Rückschlüsse auf eine Herzhypertrophie, denn eine Dickenzunahme von 1—2 Mm. ist percutorisch nicht nachweisbar.

Auch die *Dilatation* ist nicht immer leicht zu erkennen.

Eine *richtige Verwerthung der Herzpercussion* ist die Hauptsache. Fr. hält es nicht für möglich, die wirkliche Projectionsfigur des Herzens percutorisch zu bestimmen und begnügt sich mit der Bestimmung des Theils, welcher der Thoraxwand anliegt. Die durch gewöhnliche (nicht palpatorische) Percussion gewonnenen Grenzen entsprechen auf dem Sternum auch nicht ganz der Wirklichkeit, denn das Herz liegt meist noch ein Stück über die Dämpfungsgrenze hinaus nach rechts dem Thorax an. Ist die Percussion auf dem Corpus sterni dumpfer als auf dem Manubrium, so ist Verbreiterung des Herzens nach rechts, also gewöhnlich Dilatation des rechten Ventrikels vorhanden.

Das normale Dämpfungsdreieck (resp. unregelmässige Viereck) beginnt am linken Sternalrand am 3. oder 4. Rippenknorpel, reicht nach unten höchstens bis zur 6. Rippe, nach links nicht über die Mammillarlinie, nach rechts bis zum linken Sternalrand, selten 1—1½ C. über denselben hinaus. Geht die Herzdämpfung über diese Grenzen hinaus und sind Erkrankungen der Nachbarorgane ausgeschlossen, so darf auf Herzaffection geschlossen werden; bei allseitiger Vergrösserung wahrscheinlich auf Flüssigkeit im Herzbeutel, bei einseitiger auf Dilatation des entsprechenden Ventrikels. Wenn jedoch die obigen äussersten Dämpfungsgrenzen nicht überschritten werden, so ist damit *eine Dilatation noch keineswegs ausgeschlossen.*

Da die Ausdehnung, in welcher das Herz der vorderen Brustwand anliegt (also die Dämpfungsfigur), in hohem Grade abhängig ist von der Gestalt des Thorax und der Ausdehnung der Lungen, so werden diese Verhältnisse immer zu berücksichtigen sein. Finden wir bei *weitem Thorax* eine Dämpfung, welche die äussersten Grenzen der normalen Herzdämpfung *erreicht*, so dürfen wir auf Dilatation schliessen; — ist bei *exquisit fassförmigem* Thorax, wo die Herzdämpfung fehlen soll, überhaupt eine Dämpfung oder sogar eine erhebliche vorhanden, so ist *eine gewaltige Dilatation* anzunehmen. Hat man eine solche Diagnose längere Zeit vor dem Tode gestellt, so kann es vorkommen, dass man bei der Section sich getäuscht sieht, — man halte daran fest, *dass Herzdilatationen rückgängig werden können*, ebenso wie die Hypertrophieen, sobald ihre Ursachen fortfallen.

Welches sind nun die Ursachen, die zu idiopathischen Herzvergrösserungen führen?

1. *Einmalige abnorm grosse Körperanstrengung* kann eine acute Dehnung des linken Ventrikels (ausnahmsweise auch des rechten) bewirken, welche eine irreparable Herzschwäche zur Folge hat. Dies sind immer Dilatationen des linken Ventrikels ohne Hypertrophie und ohne Degeneration der Muskulatur, der Verlauf ein relativ rasch zum Tode führender, bisweilen in einigen Wochen.

2. *Alte, langsam entstandene Widerstände* im Gebiete der Pulmonalarterie (Bronchialkatarrhe, Emphysem, Schrumpfungen u. s. w.) führen zu Dilatation mit starker Hypertrophie des rechten Ventrikels; bei Phthisikern kommt es nicht zur Herzvergrösserung wegen Verminderung der Gesammtblutmenge. Ebenso hält Fr. an der alten Traube'schen Lehre fest, dass die *gesteigerten Widerstände bei Nierenleiden* Ursache der Vergrösserungen des linken Ventrikels sind.

3. *Angeborene abnorme Enge des Aortensystems,* — um dieser Diagnose sicher zu sein, muss Pat. eine längere Zeit beobachtet werden.

4. Allgemeine *Erweiterung der Arterien* mit Verlust ihrer Elasticität. (Ein Fall von Krause.)

5. Eine längere Zeit bestehende *wahre Plethora* müsste ebenfalls zu Hypertrophie und Dilatation des linken Ventrikels führen, doch ist dieses vorläufig nur eine theoretische Annahme.

6. Eine sehr grosse Gruppe von *Herzvergrösserungen* ist bisher als *Folge von Arteriosklerose* bezeichnet worden. Traube, der diese Lehre auch vertrat, kam später zu dem Schluss, *abnorme Spannung im Aortensystem* könne die Ursache werden sowohl der Arteriosklerose als auch von Herzvergrösserung oder beider zugleich. Fraentzel acceptirt diese Auffassung und bezeichnet diese Gruppe als *Herzvergrösserungen, welche durch Uebermass von Nahrungs- oder Genussmitteln oder Arbeit* erzeugt sind.

a) Die *Luxusconsumption* in den wohlhabenden Classen führt nicht selten zu diesen Zuständen. Meist sind es Männer in den 40er Jahren, die sich nicht viel Körperbewegung machen, dagegen gut essen und trinken, stark rauchen; gewöhnlich ist Fettleibigkeit vorhanden. Nach einigen, oft vielen, Jahren eines solchen Lebens stellen sich die ersten Zeichen von Unwohlsein ein, - Kurzathmigkeit beim Treppensteigen u. s. w. Der objective Befund des Gefässsystems giebt ausser etwas stärkerer Spannung der Radialarterien nichts Abnormes. Da die Betreffenden meist fettleibig sind, auch wol Leberschwellung haben, so bessern sie sich dann nach einer Cur in Carlsbad oder Marienbad; ja bei Regulirung der Lebensweise kann die Besserung dauernd sein. Gewöhnlich steigern sich später die Beschwerden wieder, die Brunnencuren werden wiederholt, zuletzt ohne Erfolg, und nun erst wird das Herzleiden manifest, obgleich die Herztöne rein bleiben; — die Zeichen der Herzschwäche werden immer ärger. Gegen das Ende des Lebens kommen nun all' die qualvollen secundären Erkrankungen, Stauungserscheinungen, Hydropsieen, welche bei Klappenerkrankungen bekannt sind. In diesem Stadium macht Fr. ausgiebigen Gebrauch von Morphium.

Aehnlich wie den reichen Dinerfreunden geht es auch bisweilen einfachen Biertrinkern. Juden scheinen mehr disponirt als reine Germanen. Bei mageren Personen scheint eine solche Luxusconsumption weniger schädlich zu wirken.

Diese Herzvergrösserungen bestehen in Dilatation und Hypertrophie beider Ventrikel, selten des linken allein. — Es entsteht unter dem Einfluss der gesteigerten Spannung der Gefässe im Unterleibe eine solche im Aortensystem, und bei langer Dauer Hypertrophie und Dilatation des linken Ventrikels, später auch des rechten. Der gute Erfolg abführender Brunnen beruht auf Verminderung der Stauung in den Unterleibsorganen und damit auch der Aortenspannung. Die Fettablagerungen in der Umgebung des Herzens bei solchen Leuten sind von keiner wesentlichen Bedeutung.

b) *Schwere körperliche Arbeit* bringt im Laufe der Jahre bei manchen sehr kräftig gebauten Leuten ebenfalls Herzvergrösserungen zu Stande. Die ersten Beschwerden kommen auch meist in den 40er Jahren: Kurzathmigkeit, Katarrhe, leichte Oedeme am Fuss. Gewöhnlich findet sich dann ein exquisit fassförmiger Thorax, eine grosse Herzdämpfung bis zu den Grenzen der normalen Figur, der zweite Aortenton ist laut und klingend, bisweilen auch der Pulmonalton, die Radiales sind gespannt. Diesen Leuten hilft Entfernung von der Arbeit und Abführungen. Leider sind sie meist gewohnt an Spirituosa und Tabak, welche Schädlichkeiten den Verlauf ungünstig beeinflussen.

Bei den Sectionen dieser 6. Gruppe finden sich stets sehr erweiterte Herzhöhlen mit stark verdickten Wandungen und grossentheils exquisite Arteriosklerose der Aorta.

Endlich erwähnt Fr. noch der Herzvergrösserung durch *Kriegsstrapazen,* von denen er mehrere Fälle gesehen.

Neben diesen idiopathischen Herzvergrösserungen durch abnorme Widerstände im Pulmonal- und Aortensystem führen noch zwei grosse Kategorien von Ursachen dazu, nämlich Erkrankungen der Muskelsubstanz (Myocarditis, Pericardialverwachsungen) und nervöse Einflüsse (psychische Alterationen, Basedow'sche Krankheit, Alcohol, Tabak). Ueber diese verspricht Verf. weitere Mittheilungen.

—o—

Stein (Frankfurt): Transportable constante galvanische Batterie. (Arch. f. Nervenkrankh. u. Psychiatrie Bd. XI, p. 276—278.)

Diese Batterie ist von Dr. Stein am 6. Juni a. c. in einer Sitzung der Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Badeärzte in Baden demonstrirt worden. Der Apparat, aus 30 Elementen zusammengesetzt, hat 22 Cm. Länge, 16 Cm. Breite und 8 Cm. Tiefe und wiegt ca. 3 Kilogramm. Die Elemente selbst bestehen aus vollkommen geschlossenen Büchschen aus Hartgummi, 5 Cm. hoch und 3 Cm. breit, mit einer haarbreiten Oeffnung im Deckel; die Wände der Büchschen werden von eingeschobenen

Kohlencylindern bekleidet, während ein dicker Zinkstab in der Mitte der Kohle sitzt. Die erregende Flüssigkeit (500,0 Wasser, 25,0 Schwefelsäure und 10,0 Hydrargyr. sulphur. gelöst und filtrirt) steigt durch, von unten her in die Kautschukgefässe eingeschraubte Communicationskautschukröhren durch Vermittelung eines Röhrensystems in die Elemente hinein, die einzelnen Kautschukbecher sitzen auf dem Röhrensystem und befindet sich zwischen je zwei solchen Bchern ein Hähnchen, das nach Füllung der Batterie geschlossen werden kann; durch einen einfachen Schiebermechanismus können sämmtliche Hähne zu gleicher Zeit geöffnet und geschlossen werden und trennen diese Hähne die Flüssigkeit des einen Elements von der des andern. Eine Wulff'sche Flasche, welche an ihrem Boden einen Hals mit Hahn trägt, steht durch einen Kautschukschlauch mit dem oben erwähnten Röhrensystem in Verbindung und wird mit der erregenden Flüssigkeit gefüllt; sind nun die Hähne am Röhrensystem geöffnet und wird die gefüllte Wulff'sche Flasche gehoben, so füllen sich die Elemente der Batterie von selbst und zwar nach dem Gesetze der communicirenden Röhren alle in gleicher Höhe, worauf die Hähnchen geschlossen werden. Soll die Batterie ausser Thätigkeit gesetzt werden, so senkt man die wieder mit den Elementen in Zusammenhang gebrachte Wulff'sche Flasche unter das Niveau des Apparats, öffnet die Hähnchen, worauf die Flüssigkeit wieder in die Flasche zurückläuft. Man nimmt diese ab, lässt den Rest in ein Gefäss abtropfen und spült die Batterie auf demselben Wege, wie bei der Ladung vermittelst des Röhrensystems, mit Wasser aus. — Die übrigen Einrichtungen sind dieselben, wie bei den anderen kleinen constanten Batterien und können nach Belieben Rheostat, Galvanometer, Stromwechsler u. s. w. angebracht werden. Eine vorläufige Prüfung ergab, dass eine solche Batterie einer Stöhrer'schen Tauchbatterie von 25—30 Elementen gleichkommt, aber viel constanter ist, da die erregende Flüssigkeit nach vollendetem Gebrauche in das Sammelglas zurückfliesst und auf diese Weise ihre Kraft länger bewahrt, als wenn sie in den Elementen stehen bliebe; der Apparat ist leicht zu transportiren und leidet nicht durch Oxydation der Leitungen durch die verdunstende Flüssigkeit. Der Preis der Batterie, sowie der Ort, wo sie zu haben ist, sind nicht angegeben. Hz.

E. Tauber: Ueber zwei neue Anästhetica. (Centralbl. f. d. Med. Wiss. № 42. 1880.)

1) *Das Monochloraethylidenchlorid* (Methylchloroform). $CH^3—CCl^3$. Eine nach Chloroform riechende Flüssigkeit von 1,372 spec. Gew. und 75° Siedepunkt. Im Jahre 1840 wurde diese Verbindung von Regnault dargestellt durch Einwirkung des Chlors auf Chloraethyl. — Verf. hat mit genannter Verbindung Versuche an Fröschen, Kaninchen, Hunden und schliesslich auch an sich selbst angestellt, und ist dabei zu folgenden Resultaten gelangt.

Für Frösche genügen 5 Tropfen Monochloraethylidenchlorid, um eine vollständige, 12—19 Minuten lang anhaltende Anästhesie zu erzeugen. — 10 Tropfen führen eine Anästhesie von 44—45 Minuten herbei.

Kaninchen konnten mit 20 Tropfen in 2 Minuten auf 3—4 Minuten vollständig anästhetisch gemacht werden.

Ein Hund von 5—6 Kilogramm Körpergewicht zeigte sich nach einer Gabe von 40—50 Tropfen vollkommen anästhetisch 19 Minuten lang; die Respirationsfrequenz war dabei in tiefster Narcose eine grössere, die Pulsfrequenz war nur geringen Schwankungen unterworfen.

Um die subjectiven Symptome zu studiren, stellte Verf. auch an sich selbst einen Versuch an, die Narcose leitete Prof. v. Langenbeck.

Bis zur tiefen Narcose vergingen 5,5 Minuten, die angewendete Dosis betrug ca. 20 Grm., die Gesammtdauer der Narcose war 10 Minuten.

Kein Excitationsstadium, Athmung ruhig, Puls 84, Spannung des Pulses gut, keine Unregelmässigkeiten. — Tiefe Nadelstiche, Quetschen der Finger, Ausreissen von Barthaaren erzeugten keine Reflexbewegungen.

Bald nach dem Erwachen trat Erbrechen ein (Verf. hatte zwei Stunden vor dem Versuch gegessen). Im Laufe einer Stunde nach dem Erwachen fühlte Verf. sich matt — darauf vollkommenes Wohlbefinden.

2) *Das Monochloraethylenchlorid* $CH^2Cl—CHCl^2$ riecht auch ähnlich wie Chloroform, spec. Gew. 1,422. Siedepunkt 115°. Im Jahre 1838 erhielt Regnault diese Verbindung durch Einwirkung von Chlor auf Aethylenchlorid.

Die Versuchsresultate dieser Verbindung erwiesen sich als viel günstigere.

Frösche werden von 5 Tropfen Monochloraethylenchlorid in 7—9 Minuten für 18—48 Minuten vollkommen anästhetisch, 10 Tropfen haben eine Anästhesie von 53 Min. bis zu einer Stunde und 4 Minuten Dauer zur Folge.

Tauben konnten mit 5 Tropfen der Verbindung in 1½—2 Minuten auf 4—5½ Minuten vollkommen anästhesirt werden.

Meerschweinchen wurden bei Anwendung von 10 Tropfen in 3—3½ Minuten auf 4—5 Minuten anästhetisch.

Bei Kaninchen trat die vollkommene Anästhesie bei Anwendung von 20 Tropfen in bereits 2 Minuten ein und dauerte 8—17 Minuten.

Bei Hunden von 5—7 Kilogramm Körpergewicht genügten 30—50 Tropfen, um in 3½—7 Minuten eine Anästhesie von 11—19 Minuten Dauer zu erzielen. — Einmal stieg dabei die Pulsfrequenz ziemlich bedeutend, ein Sinken derselben wurde nicht beobachtet.

Verfasser verspricht sich von dem zuletzt genannten Körper viel für die chirurgische Praxis. L.

L. Szuman: Amputatio mammae auf unblutigem Wege. (Centralbl. f. Chir. 1880 № 40.)

In № 30 des gen. Blattes hat Leisrink Mittheilung gemacht über ein Schraubencompressorium, das er zweimal bei Absetzung der Brustdrüse anwandte, um die Operation ganz unblutig zu machen. Dieser Apparat besteht aus einem flachgezogen u-förmigen Eisen, dessen senkrecht stehende Arme in die Löcher einer geraden Eisenstabes gesteckt werden; letzterer presst, sobald die Schraubenmuttern auf die gen., senkrecht stehenden Arme gesetzt und angezogen werden, an die horizontale Stange des u-förmigen Apparats die Basis der Mamma und macht diese blutleer. Anwendbar ist der Apparat bei Mamma pendula.

Sz. empfiehlt nun ein Verfahren die Amputation unblutig zu machen, welches bei jeder Brust benutzt werden kann, nicht nur bei hängender. Er operirte einen breitlappig aufsitzenden Markschwamm der Brust folgendermaassen: dicht auf dem Thorax wurde die Basis der Brust vermittelst einer langen, graden Nadel, die mit einem doppelten, sehr festen Seidenfaden armirt war, drei Mal durchbohrt und die Fäden derart dann festgeknüpft, dass die Basis der Mamma in vier Partien getheilt von Massenligaturen umschnürt und daher blutleer gemacht war. Ueber den Ligaturen wurde der Tumor abgetragen, die Gefässe ligirt und die Wunde genäht. Es trat sonst vollständig prima intentio ein. T.

R. Moericke: Entzündung der Ohrspeicheldrüse als Complication von Ovariotomien. (Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie). (Band V. Heft II.)

Dass bei epidemischer Parotitis complicirende Entzündungen des Genitalapparates auch beim weiblichen Geschlechte vorkommen, ist eine altbekannte Thatsache. Ebenso sind Fälle bekannt, wo bei Epidemien der Krankheitsprocess zunächst die Genitalien befällt und erst später auf die Parotis übergeht. Dass aber auch ein traumatischer Insult der Ovarien eine Entzündung der Ohrspeicheldrüse zur Folge haben kann, soll bis dato von Niemandem beobachtet worden sein. Verf. veröffentlicht nun 5 in der Schröder'schen Klinik beobachtete Fälle von Parotitis als Complication von Ovariotomien. Den ersten Fall, der mit Genesung endet, schaltet Verf. als nicht ganz rein aus, da um dieselbe Zeit einige in der Anstalt wohnende Kinder an Mumps erkrankt waren. Der 2. Fall endete letal am 35. Tage nach der Operation und zwar an den Folgen derselben, denn die eitrige Parotitis selbst war gut überstanden. Im 3. Fall erlag die 65 Jahre alte Patientin der eitrigen Ohrspeicheldrüsenentzündung am 11. Tage, nachdem der Verlauf bis zum 6. Tage fieberfrei gewesen war. Der 4. und 5. Fall endeten mit Genesung. Die Parotitis ging nicht in Eiterung über.

Interessant ist ferner die Thatsache, dass in den 4 letzten Fällen die Parotitis am 6.—7. Tage nach der Operation auftrat, ganz analog den Angaben, die über das Vorkommen von sympathischer Orchitis bei Mumps vorhanden sind. W.

Zuber: Ueber den Hitzschlag. (Gazette des hôpitaux. 1880. № 125. Société médicale des hôpitaux.)

Der Verf. hat in Biskra 10 Fälle von Hitzschlag beobachtet, welche er in zwei Gruppen theilt. Zur ersten Gruppe gehörten 6 letal verlaufende Fälle, welche alle ein Bild darboten, wie der folgende: Ein gesunder Soldat, welcher am Tage vorher viel geistige Getränke zu sich genommen hatte, verliess den Ort, an welchem er zusammen mit seinen Kameraden die Siesta hielt, und stürzte plötzlich bewusstlos nieder; der Puls war klein und unregelmässig, die Haut trocken und heiss, das Blut schwärzlich; die Temperatur in der Achselhöhle stieg bis auf 45°. Die Section ergab: Starke Leichenstarre; Hyperämie des Gehirns; einige subpleurale Ecchimosen, Herz klein, contrahirt, trocken; Hyperämie der Leber. Die übrigen fünf zu dieser Gruppe gehörenden Fälle verliefen ebenso; in allen waren Excesse in Baccho vorausgegangen, blieb die Haut trocken und erfolgte der Tod sehr bald. — In den 4 zur zweiten Gruppe gehörenden Fällen brach ein sehr reichlicher Schweiss aus, die Temperatur in der Achselhöhle erreichte nicht 40,0° und es erfolgte Genesung. Es scheine somit die durch die starke Schweisssecretion verursachte Abkühlung in den vier Fällen der zweiten Gruppe günstig gewirkt zu haben, da in den sechs Fällen der ersten Gruppe bei vollständiger Trockenheit der Haut die Temperatursteigerung eine viel bedeutendere war und der Tod sehr bald erfolgte. Rr.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

W. Reitz: Die Diphtherie. St. Petersburg, Verlag von K. Ricker. 1880. gr. 8°. 148 Seiten (russ.).

Die noch immer im Süden Russlands herrschende mörderische Epidemie hat die Veranlassung zur Abfassung vorliegender Arbeit gegeben.

Nach einem historischen Ueberblick handeln die beiden nächsten Abschnitte von dem Wesen der Diphtherie und von den pathologisch-anatomischen Veränderungen; hierauf folgt ein Kapitel «Diphtheritis und Croup». Der nächste Abschnitt enthält die Symptomatologie, dann folgen Diagnose, Aetiologie, Prognose und Therapie. Die beiden nächstfolgenden Abschnitte sind der Prophylaxis und den allgemeinen Sanitäts-Massregeln gewidmet, im letzten Abschnitt endlich folgen 18 resumirende Sätze.

Indem wir nur kurz einzelne Punkte aus der Arbeit anführen wollen, sei erwähnt, dass nach der Ansicht des Verf. die parasitäre Theorie nicht hinlänglich erwiesen, dass in Folge dessen die parasitäre Entstehung der Diphtheritis nur als eine Hypothese anzusehen ist. — Diphtheritis und Croup sind streng von einander zu scheiden, erstere ist eine allgemeine, letzterer eine locale Erkrankung. Besonders ausführlich ist der Abschnitt über die Aetiologie behandelt und ganz besonders berücksichtigt in dieser Beziehung die gegenwärtig herrschende Epidemie. Eine Tabelle enthält die statistischen Daten des Elisabeth-Kinderhospitals für 10 Jahre (1870—1880), 2 andere Tabellen geben uns Aufschluss über die Sterblichkeit und das Alter der im Jahre 1878 in St. Petersburg an Diphtheritis Verstorbenen.

Was die Therapie betrifft, so besteht die Behandlung, die Verf. als die rationellste gegenwärtig anwendet, wesentlich in Folgendem: In seltenen Fällen Bepinselungen des Rachens mit einer Lösung von Tannin in Glycerin (ℨj : ℥j), mit oder ohne Tct. Jodi, nicht öfter als 2 Mal im Tage; innerlich bei der catarrhalischen Form Acid. mur., ausserdem Gurgelungen mit Kalkwasser zu gleichen Theilen mit Milch, oder mit einem geringen Zusatz von Glycerin; in anderen Fällen Kali chlor.

Im Fall der Besserung wird das Acid. mur. ersetzt durch Tinct. ferri pomat. oder pyrophosphas ferri cum ammonio citrico (Gr. j—jjj 2 Mal tägl.) Gegen das Fortschreiten bei der croupösen Form auf den Larynx empfehlen sich am besten Inhalationen von Aq. Calcis und Schwängerung der Luft mit Wasserdämpfen. Bei der sept. Form häufige Inhalationen von Ol. Martis (15—20 gutt. zu ℥Vj aq.) oder acid. salicyl. (Gr. jjj—V oder ℥Vjjj aq.). Bei starker Gewebsnekrose häufige Irrigationen mit Lösungen von Kochsalz, Salicylsäure oder Kali hypermang. Zum inneren Gebrauch eignen sich ferner noch Ferr. sesquichlor. und Thymol.

Zum Schluss sei noch erwähnt, dass Verf. unter den allgemeinen Sanitätsmassregeln vor Allem der Entfernung der gesunden Kinder aus der Umgebung Erkrankter das Wort redet, und diese, gewiss mit Recht, für erfolgreicher hält, als die Entfernung der erkrankten Kinder.

Enthält vorliegende Arbeit auch nicht wesentlich neue Gesichtspunkte, so giebt sie doch eine ausführliche, klare Darlegung über den gegenwärtigen Stand der Diphtheritis-Frage und ist in der Beziehung eine gewiss allgemein willkommene und zeitgemässe Bereicherung der russischen medicinischen Literatur.

Die äussere Ausstattung ist vortrefflich. Hlm.

Russische medicinische Literatur.

№ 1. Wratsch. № 51.
Inhalt: a. S. Afanasjew: Ueber die Behandlung typhöser Kranken mit lange fortgesetzten lauwarmen Bädern. (Aus der Klinik des Prof. W. Manassein.)
b) E. Fahrenholz: Mittheilungen aus dem Stadthospital in Kamenez-Podolsk.
c) L. Berg: Ueber Diphtheritis. [Aus dem Charkowschen Kinderhospital]. (Schluss).
d) Oserezki: Zwei Fälle von spontaner Fractur der Rippen bei Scorbut.

№ 2. A. Pogoshew: Das Ziegler- und Töpfer-Gewerbe des Moskauschen Kreises in sanitarischer Hinsicht. Moskau 1881. 238 + 17 Seiten.

№ 3. Wratschebnija Wedomosti. № 451.
Inhalt: a. Prof. A. Polotebnow: Die Bedeutung der Bacterien bei den Infectionskrankheiten.
b) Prof. K. Slawjanski: Erosionen der Portio vaginalis uteri. (Vorlesung, geh. in d. med.-chirurg. Academie).
c) Batalin: Salicylsäure bei veralteten Geschwüren.

№ 4. Wratsch. № 52.
Inhalt: a. E. Fahrenholz: Mittheilungen aus dem Stadthospital in Kamenez. (Schluss).
b. M. Buch: Ueber die Behandlung der Hyperämien des Gehirns und seiner Häute durch Hautreize.
c. J. Gurowitsch: Ein Fall von Abscess des Kehlkopfs.
d) P. Djakonow: 3 Fälle von tiefen Wunden des Halses.

№ 5. Sdorowje. № 150.
Inhalt: a. Oserow: Ein neues Surrogat des Brotes. (Schluss).

№ 6. Annalen der chirurgischen Gesellschaft in Moskau, № 9.
Inhalt: a. A. Knie: Ein Fall von Extirpatio recti wegen Carcinoms.
b) W. Kusmin: Ueber Schusswunden des Oberschenkels.

Protokolle des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 14. October 1880.

Dr. Voss theilt in Kürze vier im Kalinkin-Hospital mit ungemein günstigem Erfolge mit Sublimatbädern behandelte Fälle von vulgärer Psoriasis mit (cf. № 44 d. Wochenschr.).

Dr. Sesemann ist mit den von ihm beobachteten Erfolgen der bei Psoriasis bisher geübten Arsenbehandlung sehr zufrieden, und meint, dass diese letztere der Sublimatbehandlung in den meisten Fällen an Praecision der Wirkung kaum nachstehen dürfte.

Dr. F. Tiling referirt hier zwei Fälle von Selbstverstümmlung Geisteskranker, den einen derselben hat er selbst im Alexanderhospital beobachtet, der andere ist in Westphal's Archiv mitgetheilt.

In dem von Dr. Tiling beobachteten Falle handelte es sich um eine Frau, die sich in einem Anfall von Irresein mit einem Messer drei grosse Verletzungen des rechten Fusses beigebracht hatte. Zwischen grosser und zweiter Zehe einerseits und zwischen der 2. und 3. Zehe andererseits waren alle Weichtheile vollkommen bis auf das Os naviculare durchtrennt. Die erstere Wunde verlief über den Fussrücken bis zur Mitte des Unterschenkels hinauf. Die kleine Zehe nebst ihrem Metatarsalknochen war exarticulirt. Die Blutung war trotzdem dass grosse arterielle Gefässe durchschnitten waren eine ungemein geringe; auch später hin experimenti causa gemachte bis zu 1 Cent. lange, bis in's Unterhautzellgewebe reichende Schnitte und auch tiefe Nadelstiche bluteten so gut wie gar nicht. Diese auffallende Erscheinung kommt bei Geisteskranken in analogen Fällen nicht selten zur Beobachtung und scheint auf einer heftigen Contraction des peripheren Gefässystems zu beruhen. Ausserdem ergab sich bei Prüfung der Sensibilitätsverhältnisse des Fusses eine fast vollständige Anästhesie desselben, was auch in ähnlichen Fällen bereits beobachtet worden ist, und bei der Beurtheilung der Möglichkeit solcher Selbstverstümmlungen in Betracht gezogen werden muss.

Der dem Westphal'schen Archiv entlehnte Fall betrifft eine Tobsüchtige, welche ohne irgend ein Instrument bei sich gehabt zu haben, sich die ganze Zunge ausgerissen hatte, so dass die Epiglottis frei zu Tage lag. Auch in diesem Falle war trotz Durchtrennung der grossen Zungenfässe die Blutung eine minimale. Ausgespien hatte die Kranke nicht mehr als ein Weinglass voll Blut, in den Stühlen fanden sich kleine Blutspuren, auch hatte Patientin kein Blutbrechen gehabt. Der Heilverlauf der so bedeutenden Verletzung war ein überaus günstiger, die Temperatursteigerungen waren nur ganz unbedeutende, einmal bis auf 39°. In 12 Tagen war die Heilung eine vollständige. Sehr auffallend in diesem Falle war, dass die Kranke schon am Tage der Verletzung für Jedermann verständlich sprechen konnte, später nahm die Deutlichkeit der Sprache noch zu. Die Schluckbewegungen wurden in den ersten Tagen durch Zurückwerfen des Kopfes ermöglicht, bald konnte jedoch die in den Mund gebrachte Nahrung auch ohne dieses Hilfsmittel, durch Contraction der Musculatur des Bodens der Mundhöhle weiter befördert werden. Der Geschmackssinn war erhalten.

Dr. Erichsen theilt mit, dass er zwei Fälle von Diphtheritis faucium unter der nach Guttmann's Angaben eingeleiteten Pilocarpinbehandlung (Gr. j : ℥vj stündlich ein Dessertlöffel) einen sehr günstigen Verlauf hat nehmen sehen. In dem einen Falle hatte sich der recht intensive diphtheritische Belag auf der linken Tonsille schon nach 24 Stunden ganz abgestossen, in dem anderen Falle, den der Autor als einen schweren bezeichnen möchte trat Genesung nach 3 Mal 24 Stunden ein. — Während der ganzen Behandlungsdauer konnte erhöhte Salivation und Transpiration beobachtet werden.

Dr. Metzler hebt hervor, dass die klinische Diagnose der Rachendiphtherie eine häufig sehr schwierige und zweifelhafte ist, und dass viele Fälle, die auf den ersten Blick, dem Befunde im Rachen nach zu urtheilen die Diagnose Diphtheritis gerechtfertigt erscheinen lassen, bei genauerer Betrachtung des ganzen Verlaufes entschieden nichts mit Diphtheritis zu thun haben.

Dr. Maasmann hat in einem Falle von Eklampsie, um die durch eine Pilocarpininjection hervorgebrachte Salivation und Transpiration längere Zeit hindurch zu unterhalten Pilocarpin innerlich (Gr. ½ : ℥vj stündlich ein Dessertlöffel) nehmen lassen. Die erwartete Wirkung des innerlich gegebenen Pilocarpins blieb ganz aus.

Dr. Kernig theilt, sich auf die Aussage des Apothekers des Obuchow-Hospitals Herrn Shilzow berufend mit, dass Pilocarpin in wässeriger Lösung sich überhaupt nur 2—3 Tage unzersetzt halte, und meint das häufig beobachtete Ausbleiben der Allgemeinwirkung vielleicht auf schon eingetretene Zersetzung des nicht ganz frischen Präparats zurückführen zu dürfen.

Diesem wiederspricht Dr. Maasmann, indem er anführt, dass die zur Injection bei dem oben erwähnten Falle von Eklampsie benutzte Pilocarpinlösung bereits mehrere Monate alt war und die Wirkung derselben eine sehr präcise war. Freilich war das Präparat im Dunkeln gehalten worden.

Dr. Schröder bestätigt die Angabe des Vorredners. Er hat ein und dieselbe Pilocarpinlösung bis zu 12 Tagen benutzt und immer gleich präcise Wirkung derselben beobachtet.

Dr. Magawly hat auch mit gutem Erfolge eine alte Pilocarpinlösung in einem Falle von acutem Ascites angewendet.

Dr. Moritz theilt mit, dass er bei einem Tabetiker, dem Pilocarpin injicirt worden war, ein nur partielles Schwitzen des Körpers beobachtet hat, und zwar transpirirten nur die oberen Körpertheile.

Dr. Schröder fügt hinzu, dass in der Regel die durch Pilocarpin erzeugte Transpiration am Kopfe beginnt und von da auf die Brust und die unteren Körperregionen fortschreitet. Nach kleinen Gaben des Mittels tritt die Schweissbildung nur am Kopfe und auf der Brust auf.

Dr. Lange hat beobachtet, dass dieselbe Dosis ein und desselben ganz frischen Pilocarpinpräparats bei ein und demselben Individuum bei der ersten Injection gar keine Allgemeinerscheinungen zur Folge hatte, wogegen bei der zweiten am nächsten Tage ausgeführten Injection heftige Salivation und Transpiration eintraten.

Weiter theilt Dr. Lange mit, dass bei einer Kranken, der er wegen einer totalen Netzhautablösung auf dem einen Auge ohne Erfolg Pilocarpin (1/4 Gr.) injicirte, sich nach jeder Injection bald nach Beginn der Salivation sehr starker Thränenfluss einstellte.

Secretär Dr. Lange.

Tagesereignisse.

— Prof. S. P. Botkin wird eine neue russische medicinische Zeitschrift herausgeben unter dem Titel: «Еженедѣльная клиническая газета» (Klinische Wochenschrift). Dieselbe wird mit Ausschluss der 3 Sommermonate wöchentlich erscheinen und hauptsächlich Originalaufsätze und Casuistik bringen; Referate sollen nur beiläufig Platz finden. Wir wünschen der neuen Collegin das beste Gedeihen! (s. u. d. Inserat.)

— Der Professor der Arzneimittellehre, Diätetik und Geschichte der Medicin an der Dorpater Universität, Dr. Böhm, ist zum Professor der Pharmacologie nach Marburg berufen worden und hat bereits um seine Entlassung aus der bisherigen Stellung mit dem 1. März c. angesucht.

— Am 26. December a. pr. verstarb in Pleskau der Oberarzt am dortigen Gouvernements-Landschafts-Hospital, wirkl. Staatsrath Dr. Heinrich Kehrberg, an einer Lungenentzündung in seinem 54. Lebensjahre. Der Verstorbene stammte aus Livland, hatte seine Schulbildung auf dem Dorpatschen Gymnasium genossen und bezog im Jahre 1846 die Universität Dorpat, wo er von 1846—1852 Medicin studirte. Nach Absolvirung des Doctorexamens im Jahre 1855 wurde er Landarzt im Gouvernement Kaluga, siedelte aber bereits im Jahre 1857 nach Pleskau über, wo er anfangs als Ordinator und seit 1865 als Oberarzt des Gouvernements-Landschafts-Hospitals fungirte und zugleich sich einer ausgedehnten Privatpraxis in allen Schichten der Bevölkerung erfreute.

— Für den durch den Tod Hebra's erledigten Lehrstuhl der Klinik für Hautkrankheiten an der Wiener Universität soll auf Beschluss der medicinischen Facultät vorläufig nur ein ausserordentlicher Professor angestellt werden. Als Candidaten für diesen Lehrstuhl kommen die Proff. Kaposi, Auspitz und Neumann in Betracht. Die meiste Aussicht, gewählt zu werden, hat Prof. Kaposi, der Schwiegersohn Hebra's, und hat ihn auch die von der Facultät niedergesetzte Commission, bestehend aus den Proff. Bamberger, Billroth und Braun dazu vorgeschlagen, und zwar als einzigen Candidaten. Wie die Wiener medicinischen Blätter melden, erhielt aber dieser Vorschlag wider Erwarten in der Facultät nicht die Majorität der Stimmen. Es scheint auf diesen Facultätsbeschluss der Umstand von Einfluss gewesen zu sein, dass Prof. Kaposi gegenwärtig selbst eine Privatklinik für Hautkrankheiten einrichtet. Von der Facultät ist eine andere Commission gewählt worden, die weitere Vorschläge zur Besetzung des Hebra'schen Lehrstuhls zu machen hat.

Miscellen.

— In Bezug auf das *landschaftliche Medicinalwesen des Gouvernements St. Petersburg* geht aus einer Zusammenstellung des Dr. Hübner hervor, dass dieses Gouvernement im Jahre 1877 über 26 Landschaftsärzte, 5 Hülfsärzte, 72 Feldscheerer, 4 Feldscheererinnen, 18 Hebammen mit 6 Gehülfinnen verfügte. Die Landschaft des Gouvernements unterhielt 7 Krankenhäuser, 18 Annahmestellen für Kranke und 62 Ambulatorien. Die Zahl der Betten in diesen Krankenhäusern betrug 298. Es kam somit auf ca. 2000 Einwohner ein Krankenbett und durchschnittlich auf 20,000 Einwohner 1 Arzt und mehrere Heilgehülfen desselben. Der Unterhalt des Medicinalwesens kostete in dem genannten Jahre 84,183 Rbl., d. i. 15 Kopeken pro Kopf der Bevölkerung.

— Die *Pockenepidemie in Dorpat* ist jetzt fast vollständig erloschen. Das temporäre Pockenhospital daselbst hat bereits vor einiger Zeit geschlossen werden können.

— Aus dem Jahresbericht der Universität Dorpat für das Jahr 1880 entnehmen wir, dass auf Allerhöchsten Befehl zur Erweiterung und Verbesserung der medicinischen, ophthalmologischen und geburtshülflichen Klinik die Summe von 80,000 Rbl., ferner zum Ankauf eines Hauses für die Irrenabtheilung 49,000 Rbl. und zum Unterhalte dieser Abtheilung für die ersten 4 Jahre 8000 Rbl. aus dem Reichsschatz bewilligt worden sind. In Betreff der Thätigkeit der medicinischen Institute ist hervorzuheben: In der medicinischen Klinik wurden behandelt: stationär 138 Personen, ambulatorisch 170, poliklinisch 2296 Personen; in der chirurgischen Klinik: stat. 446, ambulat. 675 Pers.; in der ophthalmologischen Klinik: stat. 167, ambul. 1421 Pers.; in der geburtshülfl. Klinik: entbunden 56 Personen, stat. behandelt 60, ambul. 80 Pers. und poliklinisch entbunden 65 Personen. Ausserdem wurden 139 stationäre Krankheitsfälle im Bezirkshospital zum Unterricht der Studirenden der Medicin benutzt und 50 gerichtliche Obductionen sowie 12 Leichenuntersuchungen dort ausgeführt. Im pathologischen Institut wurden 83 Leichen obducirt. In der Abtheilung der therapeutischen Klinik für Geisteskranke wurden 24 Personen stationär behandelt. Ueberhaupt haben sich Glieder der medicinischen Facultät an der ärztlichen Behandlung von 5737 Krankheitsfällen betheiligt.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs.

für die Woche vom 14. bis 20. December 1880.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 567 (Todtgeborene 32). Durchschnittliche Sterblichkeit der Woche, für das ganze Jahr berechnet, beträgt 44,00 pro Mille der Einwohnerzahl, ohne Zugereiste aber 42,39.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
325	242	567	109	27	71	6	15	21	74	62	62	37	35	24	18	6

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 16, Typh. abd. 24, Febris recurrens 8, Typhus ohne Bestimmung der Form 13, Pocken 2, Masern 5, Scharlach 10, Diphtheritis 11, Croup 5, Keuchhusten 3, Puerperalkrankheiten 8, Dysenterie 0.

— Gehirnapoplexie 8, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 19, acute Entzündung der Athmungsorgane 67, Lungenschwindsucht 106, Gastro-intestinal-Krankheiten 74, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 33, Marasmus senilis 27, Pyämie und Septicämie 2.

— Tod durch Zufall 7, Selbstmord 2.

— Andere Ursachen 115.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 21. December 1880.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	935	351	1286
Alexander- «	755	163	918
Kalinkin- «	—	552	552
Peter-Paul- «	354	161	515
St. Marien-Magdalenen-Hospital	163	73	236
Marien-Hospital	314	461	775
Ausserstädtisches Hospital	301	143	444
Roshdestwensky-Hospital	46	35	81
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	330	140	470
3 zeitw. Hospitäler	466	95	561
Ausschlags-Hospital	17	15	32
Summa der Civilhospitäler	3681	2189	5870
Nikolai-Kinder-Hospital	48	50	98
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	76	87	163
Elisabeth-Kinder-Hospital	26	39	65
Summa der Kinderhospitäler	150	176	326
Nicolai-Militär-Hospital	607	13	620
Ssemenow'sches Militär-Hospital	329	—	329
Kalinkin-Marine-Hospital	281	—	281
Gesammt-Summa	5048	2378	7426

Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	918	367	1385
Scarlatina	38	37	75
Variola	5	7	12
Venerische Krankheiten	829	546	1375

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 14. bis 21. December 1880 besucht von 2583 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1171.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs

für die Woche vom 7. bis 13. December 1880.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 565 (Todtgeborene 25). Durchschnittliche Sterblichkeit der Woche, für das ganze Jahr berechnet, beträgt 43,86 pro Mille der Einwohnerzahl, ohne Zugereiste aber 42,47.

Zahl der Sterbefälle:
1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
344	221	565	108	28	72	10	12	28	63	61	70	46	34	20	10	6

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 9, Typh. abd. 23, Febris recurrens 5, Typhus ohne Bestimmung der Form 7, Pocken 3, Masern 2, Scharlach 5, Diphtheritis 11, Croup 0, Keuchhusten 5, Puerperalkrankheiten 4, Dysenterie 2.

— Gehirnapoplexie 15, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 30, acute Entzündung der Athmungsorgane 68, Lungenschwindsucht 106, Gastro-intestinal-Krankheiten 92, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 24, Marasmus senilis 21, Pyämie und Septicämie 5.

— Tod durch Zufall 3, Selbstmord 1.

— Andere Ursachen 124.

Adressen von Krankenpflegerinnen.

Anna Karlowna Mordwin (Arzteswittwe) у Чернышева моста, д. 66, кв. 5.
M. Jakimowa, Гороховая № 77, кв. 14.
Elis. Iwan. Njemtschinowa (früher am Oldenb. Hosp.) Пески, 7 улица, № 8, кв. 4.
Mad. Krause, Peski, 4. Strasse, Haus № 5.
Elisab. Alex. Olifina, Можайская ул. № 1, кв. 15.
Jewdokia Andrejewna Tschesnokowa (russ., deutsch, polnisch, franz.). Забалканскій пр., VI участка д. 105, кв. 19.
Helene Löwenberg, Средн. Подъяческая, д. 24, кв. 26.
Евдокія Васильевна Вовчукова, Малая Итальянская, д. 26, въ булочной.
Louise Krickmeyer, Поцѣлуевъ мостъ (Никольская № 3, д. Тупикова, кв. № 8.
Amalie Iwanowa Schulz, На углу Вознесенскаго и Екатерингофскаго просп., д. Ляхачева, кв. № 37.
Frau Hammer, Средн. Подъяческая д. 15, кв. 57.
Frl. Elena Fedorowna Stepanenko (Hebamme) За Нарвской заставой, № 2, кв. 4.
Mad. Fricke (Hebamme) Троицкій проспектъ, д. № 8, кв. № 1.
Elisabeth Nikolajewna Kaschina (Hebamme) Мал. Дворянская № 4, кв. 12.
Frl. Pawlowski, Шпалерная 26, кв. 6.
Frl. Rasmussen (früher im evang. Lazareth) Б. Конюшенная, д. № 8, кв. № 6.
Louise Feldmann, Надеждинская улица, домъ № 4, кв. 10.

Nächste Sitzung des allgem. Vereins St. Petersburger Aerzte, Dienstag den 13. Januar 1881.

Nächste Sitzung d. deutschen ärztlichen Vereins, Montag d. 5. Januar 1881.

Nächste Sitzung der geburtshilflichen Section, Donnerstag den 8. Januar a. c.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 31 Декабря 1880. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh. Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

ST. PETERSBURGER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 2. St. Petersburg, 10. (22.) Januar. 1881.

Zur Pathogenese der peripheren Krämpfe.

Von
Dr. A. Seeligmüller
in Halle a. d. S.,
Docent für Nervenkrankheiten und Electrotherapie und dirigirender Arzt einer Privat-Heilanstalt für Nervenkranke.

I. Ueber die Entstehung gewisser combinirter Krampfformen aus einem auf einen einzelnen Muskel beschränkten Krampf.

Mehrfache Beobachtungen von combinirten Krämpfen der Halsmuskeln haben mich auf ein pathogenetisches Moment der combinirten Krampfformen aufmerksam gemacht, welches meines Wissens bisher ganz ausser Acht gelassen worden ist. Ich habe Krämpfe der Halsmuskulatur beobachtet, wo der Kopf kaum einen Augenblick vollständig ruhig stand, indem die an demselben sich inserirenden Halsmuskeln, die Sternocleidomastoidei, die Splenii, die oberen Portionen der Cucullares und allem Anschein nach auch die tieferen Halsmuskeln abwechselnd in fortwährender Action waren, so dass nicht nur ein wirklicher Tic rotatoire vorhanden war, sondern daneben ein anscheinend äusserst willkürliches Hin- und Herreissen des Kopfes statthatte. In solchen Fällen ist es schwer, beim ersten Anblick zu sagen, durch welche Muskeln eigentlich die verschiedenen Bewegungen hervorgebracht werden. Aber auch weniger wilde Krampfformen verlangen meist eine längere Beobachtung und eine eingehende Analyse, wenn man über die dabei betheiligten Muskeln ins Klare kommen will.

Studirt man aber einen combinirten Halsmuskelkrampf, so wird man immer wieder auf eine Bewegung stossen, welche mit besonderer Energie ausgeführt wird, und welche sich in gewissen Zwischenräumen regelmässig wiederholt. Sie ist diejenige, welche die meist kurzen Pausen, während welcher der Kopf einmal in normaler oder fast normaler Stellung ruhig gehalten wird, immer wieder durchbricht. Diese Bewegung ist — man verzeihe den vulgären Ausdruck — sozusagen das Karnickel, welches immer wieder anfängt, während das ganze Spiel der übrigen Bewegungen bei aufmerksamer Beobachtung nur vor sich zu gehen scheint, um dieser Hauptbewegung entgegenzuarbeiten. Bei genauerem Befragen erfährt man dann auch regelmässig von dem Kranken, dass es sich im Anfang des Leidens lediglich um diese eine *primäre* Bewegung gehandelt habe und dass die anderen sich erst im späteren Verlauf als *secundäre* hinzugesellt haben.

Aber wodurch kommt es überhaupt zu diesen secundären Bewegungen? Wie wird aus dem auf einen einzelnen Halsmuskel beschränkten Krampf ein combinirter mehrerer Muskeln? Das ist sehr einfach; ein Beispiel wird es zeigen. Ist der rechte Sternocleidomastoideus zu Anfang allein vom klonischen Krampf ergriffen, so bemüht sich der Kranke anfangs willkürlich, durch die Antagonisten — den linken Sternocleidomastoideus und den rechten Splenius — den Kopf in die normale Stellung zurückzubringen. Durch diese forcirte Anstrengung aber, welche sich so oft wiederholt, als der primäre Krampf im rechten Sternocleidomastoideus eintritt — und das kann wohl 30 Mal in derselben Stunde geschehen — werden die Antagonisten nach dem bekannten Schema der Beschäftigungskrämpfe selbst krampfhaft afficirt, so dass dieselben sehr bald auch ohne einen besonderen Willensimpuls auf jede Contraction des primär befallenen Muskels ihrerseits mit Contraction antworten. So entsteht schliesslich ein Widerspiel antagonistischer Muskelkräfte, welche den Kopf hin- und herreissen, bald hierbald dorthin drehen und demselben keinen Augenblick, in hochgradigen Fällen auch nicht während der Schlafenszeit zur Ruhe kommen lassen. In derselben Weise erklären sich auch die Mitbewegungen in anderen Muskeln, namentlich des Gesichts, der Schulter und des Arms, welche so gewöhnlich die Fälle von Halsmuskelkrampf begleiten. Auch sie sind als Bewegungen zu deuten, welche die willkürlichen Contractionen der Antagonisten unterstützen wollen.

II. Ueber die Entstehung unwillkürlicher Krampfbewegungen aus oft wiederholten willkürlichen Bewegungen.

Eine weitere Stütze der soeben vorgetragenen Theorie über die Pathogenese gewisser combinirter Krampfformen finde ich in folgendem noch in meiner Beobachtung befindlichen Falle:

Magdalene R., 10 Jahre alt, aus W., ein früher gesundes, kräftiges Landpastorenkind (in meine Behandlung gekommen am 23. August 1880) zeigt seit 4 Jahren klonische Krämpfe an gewissen Kopf- und Halsmuskeln. Es sind einmal die muskulären Ausläufer der Galea aponeurotica, also die Mm. frontalis, occipitalis und die die Ohrmuschel bewegenden Muskeln und weiter die beiden Sternocleidomastoidei, welche sich abwechselnd oder gleichzeitig mit den oberen Portionen der Cucullares contrahiren. Daraus resultiren einerseits die bekannten Bewegungen, welche Jeder ausführt, wenn er die Ohren zu bewegen versucht, hier beiläufig verbunden mit Blepharospasmus, und andererseits seitliche Bewegungen des Kopfes (Schüttelbewegungen) um eine verticale Axe. Die Bewegungen der Mm. occipitales sind so lebhaft, dass die in zwei Zöpfe auslaufenden Haarcotelettes des Hinterkopfes während des Krampfes in der Mittellinie in einem solchen Grade aneinanderrücken, dass der daselbst befindliche senkrecht absteigende Scheitel momentan fast verschwindet. Von schmerzhaften Druckpunkten glaubte ich anfangs einige gefunden zu haben. Indessen verloren dieselben durch Aufsetzen der Anode des Batteriestroms sehr bald ihre Druckempfindlichkeit, ohne dass der Krampf Besserung gezeigt hätte.

Als ich nun während der galvanischen Sitzungen das Kind über das erste Auftreten der Krämpfe weiter ausforschte, brachte ich folgende vertrauliche Mittheilungen aus ihm heraus, welche dann durch weitere Nachforschungen der Eltern sich als richtig herausstellten: Unsere kleine Patientin hatte vor 4 Jahren und früher im Verein mit einem älteren Bruder und einer jüngeren Schwester sich tagtäglich im Grimassiren geübt. Die drei Kinder hatten ordentliche, mimisch-gymnastische Sitzungen gehalten, in welchen sie sich allerlei Grimassen einübten; namentlich galt es die Ohren möglichst lebhaft zu bewegen und Patientin sowie ihr älterer Bruder hatten es darin bald zu einer grossen Virtuosität gebracht, um welche sie von der jüngeren Schwester, die es nicht zu Wege brachte, noch heute auf das Lebhafteste beneidet wird. Auch das Schütteln des Kopfes in der Weise, wie es Patientin noch heute ausführt, stand ausdrücklich auf dem Programm. Erst in letzter Zeit hatte der ältere Bruder aus der Schule ein neues Kunststück mitgebracht, nämlich das die Augen zu verdrehen; die Einübung dieses wurde aber durch einige Ohrfeigen von Seiten des Vaters abgeschnitten.

Nach diesen anamnestischen Thatsachen stehe ich nicht an zu behaupten, dass im vorliegenden Falle die unwillkürlichen Muskel-Contractionen, von denen jetzt Patientin, wenn sie sich nicht im Spiegel beschaut, nicht das Geringste merkt, hervorgegangen sind aus willkürlichen, gewollten Bewegungen.

Für die Laien sind diese Anschauungen längst vulgär. Wer hätte noch nicht die Warnung gehört: ‹Zwinke nicht mit den Augen, Du lernst sonst blinzeln!› oder ‹Verdrehe die Augen nicht so, Du lernst sonst schielen!›?

Ich will hier noch an eine andere hervorragende Thatsache erinnern. M. Benedikt erzählt von einem Militär, welcher, um loszukommen, Zittern des rechten Armes mit grossem Geschick simulirte. Als er aber nach monatelangem gewollten Zittern die Simulation eingestand und das Zittern lassen wollte, konnte er es nicht lassen: der Arm zitterte weiter.

Warum nicht alle Kinder, welche zu ihrem Vergnügen grimmassiren, klonische Krämpfe in den betreffenden Muskeln bekommen? Diese Frage ist leicht zu beantworten. Die cerebralen Hemmungsapparate für unwillkürliche Bewegungen sind bei dem einen Individuum von Haus aus schwächer angelegt als bei anderen. Unsere Patientin, von sehr ruhigem, mehr phlegmatischem Temperament, ist für die Erlernung von Schulkenntnissen schwach beanlagt und hat von Anfang an wenig Eifer dafür gezeigt. Gerade in der Zeit nun, wo sich der Krampf bei ihr ausbildete, im 5. und 6. Lebensjahre war sie mit der Erlernung der Elemente des Wissens geplagt worden; dazu war bald Geschichte, Geographie, Französisch, Klavierspielen etc. gekommen. Was Wunder, wenn sich bei der kleinen Patientin eine cerebrale Neurasthenie ausbildete, bei welcher auch die oben genannten cerebralen Hemmungsapparate in ihrer Energie herabgesetzt wurden!

Während dieser Jahre wurde das frühere ‹Normalkind› zu einem ‹nervösen› Kinde von blassem Aussehen und blauen Schatten um die Augen, welches leicht erschrickt, sich bei Gewittern fürchtete und häufig über Kopfschmerzen und Augenschmerzen, Leibschmerzen und Uebelkeit klagte. Ebenso fühlte sie sich, obgleich sie immer noch ein robustes Aussehen hatte, körperlich schwächer als ihre jüngere Schwester; schnelles Gehen wurde ihr leicht zu viel, es trat danach Uebelkeit und Erbrechen ein.

Meine Ansicht, dass in diesem Falle *die unwillkürlichen Krampfbewegungen hervorgegangen sind aus oft wiederholten forcirten willkürlichen Bewegungen derselben Muskeln*, dass es sich also sozusagen um einen *Beschäftigungskrampf* der von den N. faciales, occipitales und accessorii W. versorgten Muskeln handelt, hat eine wesentliche Bestätigung gefunden in dem weiteren Verlaufe des Falles. Nachdem bei Anwendung des Batteriestroms, kalter Abreibungen, Baldrianthee etc. eher eine Verschlimmerung des Krampfes eingetreten war, sagte ich den Angehörigen Ende September, wo ich zuerst von den mimischen Uebungsstunden der kleinen Patientin Kunde bekommen hatte, dass hier nur eine *psychische Behandlung* zum Ziele führen könne. Nachdem man also auf Rath der Aerzte, welche die Affection als Chorea minor aufgefasst hatten, von jeder psychischen Einwirkung seit Jahren Abstand genommen hatte, ordnete ich an, dass das von seinen Grosseltern fortwährend beaufsichtigte Kind immer und immer wieder, so oft sie grimassirte, hart angelassen werden sollte, diese Bewegungen zu unterdrücken. Der Erfolg war ein augenscheinlicher: schon nach 14 Tagen Besserung; nach 4 Wochen nur noch wenige, seltene und schwache Bewegungen; nach 6 Wochen fast vollständiges Aufhören derselben mit Ausnahme des Augenzwinkerns, welches bei ihr durch eine bestehende chronische entzünd-

liche Reizung der Conjunctiva eine gewisse Berechtigung hat.

Es liegt auf der Hand, welche wichtigen prophylactischen Maassregeln für die Entstehung von Krämpfen sich aus den beigebrachten Thatsachen ergeben und wie es Pflicht der Aerzte ist, Eltern und Lehrer auf diese Quelle von Krämpfen aufmerksam zu machen, zumal nach eingezogenen Erkundigungen das Grimassiren und Faxenmachen in manchen Schulen bei uns an der Tagesordnung sein soll.

Halle, den 20. November 1880.

Ueber das Verhalten der Menstruation und über die Häufigkeit der Pseudomenstruation bei den verschiedenen Typhusformen.

Vorläufige Mittheilung

von

Dr. E. Barthel,
Ordinator am Obuchow-Hospital zu St. Petersburg.

Die Frage über das Verhalten der Menstruation und über die Häufigkeit nicht menstrueller Uterusblutungen im Verlaufe typhöser Erkrankungen ist wohl als eine noch zum Theil offene zu betrachten, da die Meinungen der verschiedenen Autoren in Betreff derselben durchaus nicht übereinstimmen, ja zum Theil diametral auseinander gehen. So behauptet Brierre de Boismont, der Typhus habe einen sehr starken Einfluss auf die Menstruation, und nach seiner Angabe soll Honoré die Katamenien niemals bei Typhuskranken beobachtet haben; nicht gering ist dieser Einfluss auch nach der Aussage Herard's, Vogel's, Griesinger's und Liebermeister's. Andere Beobachter nennen diesen Einfluss, wenigstens im Beginn der Krankheit, einen geringen; so Perroud und Raciborsky. Welcher Art dieser Einfluss sei, darüber sind die Meinungen gleichfalls verschieden. Nach Brierre de Boismont sind die Menses im Beginne der Krankheit vermindert oder bleiben ganz aus; nach Hérard dagegen soll die Menstruation bei allen fieberhaften Krankheiten zu früh auftreten; derselben Meinung ist Vogel; nach Griesinger treten die Menses zu früh und besonders profus auf, wenn die Menstruationsperiode mit dem Beginn der Krankheit coincidirt; auch Liebermeister sah häufig verfrühtes Auftreten derselben. Scanzoni behauptet, die Menstruation bleibe häufig zum richtigen Termin aus, wenn sie aber zum Vorschein komme, so werde sie gewöhnlich profus. Nach Perroud dagegen ist ein verfrühtes Auftreten der Katamenien bei typhösen Kranken seltener, als bei anderen Fieberkranken. Raciborsky stellt den Satz auf, die Menses träten zur Zeit auf und verliefen normal, wenn der Typhus einige Tage vor der Menstrualperiode einsetze; falle der Beginn der Krankheit mit dem Ende der Menstruation zusammen, so bleibe letztere das nächste Mal gewöhnlich aus. Fast dasselbe sagt Horwitz in Betreff acuter Processe überhaupt: beginnen dieselben einige Zeit vor dem Termin der Menstruation, so beeinflussen sie dieselbe meist gar nicht, und nur in seltenen Fällen setzt letztere um einige Tage zu früh ein.

Grössere Uebereinstimmung herrscht unter den Autoren darüber, dass der Typhus eine längere oder kürzere Zeit dauernde Amenorrhoe im Gefolge hat. (Brierre de Boismont, Vogel, Raciborsky, Horwitz, Schroeder).

Auch in Betreff der Häufigkeit nicht menstrueller Genitalblutungen bei typhuskranken Frauen begegnen wir derselben Meinungsverschiedenheit; während die Einen sie als häufiges Vorkommniss angesehen haben wollen (Brierre de Boismont, Gubler), bezeichnen sie die Anderen als ein seltenes Ereigniss (Raciborsky, Griesinger, Liebermeister).

Diese Verschiedenheit in den Ansichten der Autoren rücksichtlich einer Frage, die Raciborsky wohl nicht mit Unrecht eine interessante nennt, bewog mich, im Winter 1878/79 an einer grösseren Reihe Typhuskranker (Typh. exanth., Typh. abdom. und Typh. recurr.) genauere Beobachtungen speciell in Bezug auf oben erwähnte Fragen anzustellen und erstrecken sich dieselben im Ganzen auf 172 Kranke. Die diese Fragen speciell behandelnde Arbeit befindet sich augenblicklich unter der Presse und theile ich hier nur die sich mir aus derselben ergebenden Resultate mit.

1. Der Einfluss der verschiedenen Typhusformen auf die Menstruation ist ein verschiedener, jenachdem, wie nah' vor den Termin der zu erwartenden Menstruation die Erkrankung fällt.

2. Wird die Menstruation in den 5 ersten Tagen nach der Erkrankung erwartet, so kann man mit Sicherheit auf ihr Erscheinen rechnen (bei uns in 100 pCt. der Fälle); liegt der Termin des Erscheinens zwischen dem 6. und 14 Krankheitstage, so ist das Auftreten wahrscheinlicher als das Ausbleiben (bei mir in 66.5 pCt. gegen 33.5 pCt.); fällt jedoch dieser Termin jenseits des 14. Krankheitstages, so ist ihr Auftreten nicht zu erwarten (bei uns in 100 pCt. der Fälle).

3. Beim Erkranken an Abdominaltyphus scheinen die Katamenien häufiger auszubleiben, als bei den beiden anderen Typhusformen; bei mir beläuft sich das Procent des Ausbleibens der Menstruation für den Abdominaltyphus auf 54, während es für die anderen beiden Formen nur je 33 beträgt.

4. Von den Fällen meiner Beobachtungsreihe, in denen die Menses im Verlaufe der Krankheit auftreten mussten, erschienen dieselben zum richtigen Termin in 54.32 pCt.; jedoch nicht zum richtigen Termin, in 8.64 pCt.; sie erschienen: zu spät in 6.17 pCt., zu früh in 2.47 pCt., und blieben ganz aus in 37.03 pCt.

5. Der Einfluss der verschiedenen Typhusformen auf den Charakter der Menstruation, wenn dieselbe überhaupt auftritt, ist ein sehr beschränkter (bei mir wurde derselbe in 56.14 pCt. gar nicht modificirt); am geringsten ist dieser Einfluss bei Abdominaltyphus; beim Flecktyphus ist das Quantum des verlorenen Blutes, wenn überhaupt verändert, eher verringert, beim Rückfalltyphus eher vergrössert.

6. So weit mir ein Urtheil zusteht, erscheint die 2. und 3. Menstruation nach den verschiedenen Typhusformen höchst selten; fast ausnahmslos besteht zu dieser Zeit Amenorrhoe.

7. Pseudomenstruation oder eine nicht menstruelle Genitalblutung gehört bei Typhuskranken zu den Seltenheiten (bei mir nur in 3.48 pCt. aller Fälle), und nur sehr selten erreicht dieselbe eine bedeutende Höhe; relativ häufiger

kommt dieselbe beim Flecktyphus zur Beobachtung; nie wurde eine solche bei Kranken gesehen, die sich noch vor der Pubertät oder bereits jenseits des Climax befanden.

Referate.

Kramnik: Zur Frage über die Behandlung der Febris intermittens mit Jod. (Medic. Obosr. Bd. XIV., Aug. 1880.)

Veranlasst durch Versuche von Sokolow und Samoilow stellte Vf. es sich zur Aufgabe: 1) im Allgemeinen die Wirkung des Jod auf Febr. interm. zu erproben. 2) Sollte Jod als solches sich als wirkungslos erweisen, zu erforschen, ob es nicht gleichzeitig mit Chinin den Verlauf der Krankheit abkürze, somit geringere und seltenere Gaben des theuren Chinin ermögliche. 3) Ob Tct. Jodi nicht störende Nebenwirkungen hervorrufe.

Die Anzahl der Beobachtungen beträgt 28 Fälle. Die 6 ersten Kranken erhielten Tct. Jodi gutt. v in Jodkali; es wurde gestiegen bis gutt. xjj 3 Mal täglich. Die folgenden 6 Pat. erhielten dieselbe erhöhte Dosis Tct. Jodi, eine Stunde darauf Chinin gr. jjj (pro die also gr. ix). Die 3. Gruppe von 6 Kranken erhielt dieselbe Dosis Tct. Jodi und Chin. gr. vjjj 2 Mal tägl. Die 4. Gruppe erhielt nur Chin. gr. vjjj 2 Mal tägl. Die Versuche erstreckten sich auf eine Woche.

Vf. erhielt folgende Resultate: In keinem Fall konnte bei alleinigem Jodgebrauch ein Einfluss auf den Verlauf der Krankheit oder auf die Stärke des einzelnen Anfalles gefunden werden. Beim combinirten Gebrauch von Tct. Jodi und Chinin wurde von letzterem weniger verbraucht. Bei nicht zu veralteten Fällen brauchte Vf. 30—40 Gran zum Coupiren des Fiebers, beim combinirten Gebrauch 15—20 Gran. Leichter wich das Fieber b. Tct. Jodi + grössere Gaben Chinin, als bei den öfteren kleineren.

Vf. sieht im Jod in keinem Falle einen Ersatz für das Chinin; jedoch ermöglicht es einen geringeren Chininverbrauch, was namentlich in Kriegszeiten wichtig ist. Hlm.

Lotin: Die Fussbekleidung der Infanterie (Wojenno-medicinskij Journal. Aug. 1880.)

L. spricht von der Wichtigkeit der Fussbekleidung für den Infanteristen. Durch forcirte Märsche werden Schlachten gewonnen! Für den russischen Soldaten hat dieser Gegenstand eine noch grössere Bedeutung wegen der so verschiedenartigen klimatischen und tellurischen Verhältnisse an den verschiedenen Enden des grossen Reiches. Für den Winter haben sich die Filzstiefeln (валенки) als probat erwiesen. Für den Herbst und Winter sind hohe Stiefeln aus gutem Leder geeignet. Diese letzteren eignen sich nicht für Märsche in den Steppen Mittelasiens. L. fand während des Feldzugs gegen Chiwa, dass der Fuss des Soldaten unter dem Lederstiefel der Epidermis beraubt wurde und Geschwüre zwischen den Zehen entstanden. — Zu der für die Märsche durch den heissen Sand der Steppen bereits bei der Armee eingeführten Bekleidung, die in einer Leinbluse, Leinbeinkleidern und Leinmütze mit einer Klappe für den Nacken (назатыльникъ) besteht und statt des Ranzens einen Leinsack über die eine Schulter gestattet, während die andere eine mit Filz bedeckte Wasserflasche trägt, proponirt nun L. eine nach dem Modell der Bastschuhe (лапти) angefertigte Fussbekleidung aus Leder. G. W.

R. Frommel: Zur operativen Therapie des Cervixcarcinoms in der Complication mit Gravidität. (Zeitschr. für Geburtsh. u. Gynäc. Bd. V. Heft 2.)

Verf. bespricht in dieser Arbeit, ausgehend von 2 von ihm beobachteten Fällen von Cervixcarcinom in der Complication mit Gravidität, die etwa unter solchen Umständen einzuschlagende operative Therapie. Im ersten Fall wurde bei lebendem Kinde und wegen zu weiter Ausbreitung des Carcinoms die Sectio Caesarea gemacht. Der Uterus wurde nach vorhergegangener Drainage seiner Höhle per vaginam, wegen starker Blutung mit 7 tiefen und zahlreichen oberflächlichen Seidensuturen vernäht. Am 2. Tage exit. letal. Die Section ergab: Peritonitis haemorrhagica, klaffende Schnittwunde des Uterus, über derselben die von selbst gelösten Seidenfäden.

Der 2. Fall betrifft eine Kreissende, die mit Querlage und in der Scheide vorliegender pulsloser Nabelschnur in die Klinik aufgenommen wurde, Cervix auf 2 Finger eröffnet. Hier versuchte man manuell die Cervix zu erweitern, indem durch Finger und Nägel Theile der Neubildung entfernt wurden, bis es gelang den Fuss herabzuholen und daran das Kind zu extrahiren. Das Wochenbett verlief verhältnissmässig gut, Temperatur M. 37,5—38,2, Ab. 39. Puls 120. Am 12. Tage Collaps, Tod. Section konnte nicht vorgenommen werden.

Verf. räth in Uebereinstimmung mit Schröder und Gusserow bei wenig fortgeschrittenem Cervixcarcinom in der Schwangerschaft zu operiren, da nach den bisherigen Erfahrungen in der grösseren Zahl der Fälle dieselbe dadurch nicht unterbrochen wird und die Mutter vielleicht gerettet werden kann. Am geeignetsten erscheint Verf. dafür die keilförmige Excision nach Schröder. — In Fällen, wo keine radicale Operation möglich, die Geburt auf natürlichem Wege aber wahrscheinlich, räth Verf. Auskratzen des Krebses mit scharfem Löffel, Stillung der Blutung mit Stypticis resp. ferr. candens. Wie man sich bei sehr weit verbreitetem Carcinom zu verhalten hat, illustriren die beiden oben referirten Fälle.

Die Sectio Caesarea nach Porro hält Verf. hier für unmöglich, da die Schnittfläche des Stieles in carcinomatöses Gewebe fällt, man muss sich an die gewöhnliche Methode halten. Ferner empfiehlt Verf. stets die Uterusnaht anzulegen und zwar nach dem Vorgang von Schröder einen 3fachen Knoten auf die Naht zu setzen. W.

Th. von Schröder: Beitrag zur Kenntniss der Iritis syphilitica. (Dissert. inaug. Dorpat. St. Petersburg. 1880. 84 pag.)

Zur Prüfung der Frage vom Werthe der subcutanen Injectionen bei Iritis syphilitica unternahm Verf. eine Bearbeitung des reichen wissenschaftlichen Materiales unseres hiesigen, unter Dr. Magawly's Leitung stehenden Augenhospitales und giebt uns nach kritischer Sichtung folgende interessante Data:

Nach Ausschluss der unsicheren Fälle fanden sich 240 verwerthbare Krankengeschichten über Iritis syphilitica, die nach verschiedenen Methoden behandelt wurden. Sie betrafen 166 Männer und 74 Weiber, zieht man jedoch das numerische Verhältniss des Geschlechtes in unserer Bevölkerung in Betracht, so kann man den Schluss ziehen, dass fast doppelt so viel Männer als Weiber an Irit. syph. leiden. Das rechte Auge war häufiger (108 Mal) befallen, als das linke (84 Mal). Fast alle Fälle traten im Laufe des ersten Jahres nach der Infection auf, namentlich in den ersten sechs Monaten und zeigte 75% derselben gleichzeitig noch papuläres Exanthem. Aus der tertiären Krankheitsperiode stammten nur 2 Fälle. Im Gegensatz zu Wecker zeigt Verf., dass auch die gummöse Iritis meist im ersten Krankheitsjahre auftritt (unter 46 Kranken 28 Mal). Als einziges gemeinsames Symptom liess sich nur die Episcleralinjection constatiren, die übrigen Symptome variirten. Interessant sind 2 eingeschobene Fälle, wo Knötchenbildung, die sich durch nichts von Gummata unterscheiden liessen, bei Patienten beobachtet worden, die entschieden nie an Syphilis gelitten. Bezüglich der Zahl der gummösen Knötchen zeigt Verf., dass in 46 Fällen nur 17 Mal sich mehr als ein Knoten vorfand (darunter 1 Mal aber 12), meist standen sie am Puppillarrande, die Form war eine wechselnde und nur einmal wurde die Grösse einer kleinen Erbse erreicht. In 2 Fällen war neben der Iris auch der Ciliarkörper Sitz der gummösen Geschwulst.

Hyphaema und Hypopyon wurden selten beobachtet, desgleichen gallertiges Exsudat in der vorderen Kammer (welches eingehender besprochen wird).

Die *Therapie* bestand in allen Fällen in einer Mercurialcur, neben localer Application von Atropin und eventuell Blutentleerung, ausserdem bei 25 Patienten Evacuation des vorderen Kammerwassers (wodurch jedes Mal bedeutende Schmerzlinderung bewirkt wurde).

Die Heilung erfolgte in allen Fällen (bis auf einen), in der Regel nach 4—5 Wochen.

In früheren Jahren war der *innerliche Gebrauch von Sublimat* üblich, eine Zusammenstellung von 20 Fällen ergiebt als Durchschnittsdauer der Cur — 18,3 Tage nach durchschnittlich 11¾ Gr. Subl., während bei 155 mit *Unguentum cinereum* Behandelten die Curdauer sich auf 15,7 Tage berechnen liess, nach Verbrauch von je 12½ ℨ (16 Mal trat Stomatitis ein).

Den günstigsten Erfolg weisen 21 mit Sublimatpeptoninjectionen Behandelte auf, wo nach durchschnittlich 13 Injectionen (Gr. 3¼ Sbl.) in 13,8 Tagen Heilung eintrat. Daher empfiehlt Verf. die Injectionsbehandlung bei allen Patienten, mit Ausnahme von Kindern und gegen Schmerzen sehr empfindliche Personen. P.

Prof. O. Fraentzel: Ueber schwere Erkrankungen an Ileotyphus, welche afebril oder mit geringen Temperaturerhöhungen auffallend rasch verlaufen. (Z. f. kl. Med. Bd. II, H. 2.)

Unter den verschiedenen Abweichungen von dem Krankheitsbilde des Ileotyphus ist ausser dem Typhus levis, T. abortivus, T. ambulatorius noch eine zu erwähnen, welche bisher kaum gekannt war. Diese Varietät hat mit den T. levis die geringe Temperatursteigerung gemein (selten einmal 39°), verläuft manchmal ganz afebril, dabei ist sie jedoch durch Collapsus, schwere Affection des Sensoriums, Neigung zu Gangrän charakterisirt, verläuft rasch und giebt eine hohe Mortalität. Solche Formen sind bereits von Strube in den Lazarethen der Maasarmee September-November 1870 beobachtet und 1871 veröffentlicht worden (B. kl. W. 1871 № 30), doch hat jene Mittheilung keine weitere Berücksichtigung erfahren.

Fraentzels eigne Beobachtungen stammen auch (mit Ausnahme eines späteren Falles) aus den Kriegslazarethen vor Paris im Spätherbst 1870. — Fr. hat damals 41 solcher Fälle unter einer grossen Zahl von Ileotyphen gehabt. In keinem derselben erreichte die *Axillartemperatur* 39°, in 3 überstieg sie nicht 37,3. Schwere *Cerebralerscheinungen*, — Apathie, oft blande Delirien, bisweilen furibunde mit Verfolgungsideen, Fluchtversuchen, — dieselben schienen

im umgekehrten Verhältniss zur Tr. zu stehen. Der *Puls* war meist eng, gespannt, selten dicrot, in der Frequenz sehr verschieden. *Roseola* fehlte 3 Mal vollkommen, gewöhnlich war sie verbreitet und zeigte die grosse Form. *Gangrän* kam unter jenen 41 Fällen 9 Mal vor: 1 Mal war die ganze Extremitat bis auf den Unterschenkel hinauf, 2 Mal bis auf beide Unterschenkel brandig, — 8 von diesen 7 starben. — *Bronchialcatarrh* oft mit Pneumonie, *Durchfall, trockne Zunge* wie gewöhnlich.

Der *Verlauf* war ein schneller, Acme in der 2. Woche, zu Ende der 3. Reconvalescenz, — Todesfälle fast alle in der 2. Woche. Die *Mortalität* betrug (16 von 41) 39%, während die allgemeine Mortalität des Ileotyphus vor Paris nur 8,1% war. Behandlung ohne Bäder, mit Eisblasen. Fr. glaubt der Erklärung dieser eigenthümlichen Form für seine und Strubes Fälle darin zu finden, dass der Ileotyphus durch schlechte Ernährung und Strapazen heruntergekommene Individuen befiel.

Zum Schluss bemerkt Fr., dass hienach nicht allein die hohen Temperaturen beim Ileotyphus den letalen Ausgang bedingen, und also auch die antipyretische Behandlung allein nicht ausreiche, denselben abzuwenden. —o—

Luchhau: Ueber Ohren- und Augenerkrankungen bei Febris recurrens. (Virchow's Archiv. Bd. 82. S. 18.)

Verf. benutzte die zur Zeit in Königsberg herrschende Recurrensepidemie zunächst, um das häufigere Vorkommen und die Entwickelung von Ohrenerkrankungen im Verlaufe des gedachten Krankheitsprocesses zu beobachten. Es kommen vorzugsweise Affectionen des Mittelohres vor, die des nervösen Theils im Gehörorgan sind ziemlich selten. Vor allen Dingen machten sich die Ohrenerkrankungen geltend, als die Recurrensepidemie ihren Höhepunkt erreicht hatte und der Tagesbestand solcher Kranken in dem städtischen Hospital auf 90—100 gestiegen war. Es wurden im Ganzen 180 Recurrenskranke untersucht. Bei diesen wurden 15 Mal Erkrankungen des Mittelohrs constatirt. Die bei anderen acuten Infectionskrankheiten auftretenden Entzündungen der Paukenhöhle pflegen als fortgeleitete aufgefasst zu werden, da sich bei fast allen Rachen- und Tubenkatarrh vorfindet. Anders liegen die Verhältnisse bei der Recurrens. Nur in einem einzigen, der mit Ohraffectionen verlaufenden Fälle war ein leichter Rachenkatarrh vorhanden. Es muss daher nach dem Verf. der specifische Krankheitserreger der Recurrens auch als Ursache der im Mittelohr localisirten Entzündungen angesehen werden. Die Prognose ist unter der Voraussetzung rechtzeitiger und sachgemässer Behandlung nicht ungünstig. Namentlich ist eine zur rechten Zeit ausgeführte Perforation des Trommelfells von günstigem Erfolge, während ein spontaner Durchbruch des Eiters nur schwer zu einer vollständigen Wiederherstellung führt. Auf die bei der Recurrens vorkommenden Augenerkrankungen hat vor allen schon Blessig aufmerksam gemacht. Verf. fand unter seinen 180 Kranken 6 Mal Augenaffectionen. Bei 3 dieser Kranken trat gegen Ende des Anfalls Iritis auf und zwar nur jedesmal auf einem Auge; in einem dieser Fälle bildete sich ziemlich rasch ein grösseres Hypopyon. Alle drei Fälle wurden geheilt. In zwei anderen Fällen trat die Augenerkrankung in Form von Neuritis optica auf. Der letzte war sehr schwer; der Kranke kam im ersten Recurrensanfall mit einer bereits bestehenden Iritis und einem Hypopyon in die Anstalt. Es trat vollständige Heilung des Augenleidens ein. Pat. wollte dann entlassen sein und erlitt den 2. Anfall unter ungünstigen Verhältnissen. Doppelseitige Irido-cyclitis mit Glaskörpertrübung, Schwellung und Röthung der Papillen und zahlreiche Retinalblutungen. Für Ohrenerkrankungen ergaben sich also bei Recurrens 8%, für Augenerkrankungen 3½%. β.

Dearden: Salicylsaures Chinin.

D. in Lancet May 1880 p. 69 giebt eine bequem zu verschreibende Formel für salicylsaures Chinin: Rp. Acidi salicylici ʒj, Chinini bisulphurici Gr. X, Syrupi Sacchari ʒj, Ammonii liquidi fortior ʒj, Aquae lbj. Chinin und Salicylsäure werden mit ʒVjjj Wasser geschüttelt und eine kurze Zeit stehen gelassen, darauf wird unter nochmaligem Schütteln das Ammoniak, dann der Syrup und endlich der Rest des Wassers hinzugesetzt. Zuweilen ist behufs Klärung dieser Lösung der Zusatz von etwas Ammoniak nöthig.

(London Medical Record, July 1880, p. 272.)

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztlichen Vereins.

Sitzung vom 6. October 1880.

1. Dr. Fröbelius theilt einen Fall von angeborenem, partiellem Zwerchfelldefect mit. Vollständiger Mangel des Zwerchfells findet sich nach A. Förster bei Acephalen, grossen Bauchspalten und anderen, durch bedeutende Defectmissbildungen nicht lebensfähigen Individuen. Partieller Defect des vorderen Abschnitts mit Vorfall des Herzens in die Bauchhöhle oder nach aussen, kommt bei Bauchspalten höheren Grades vor, wo ebenfalls die Erhaltung des Lebens unmöglich ist. Ausserdem endlich kommen partielle Defecte vor bei sonst wohlgebildeten lebensfähigen Individuen. Hier dringen die Baucheingeweide in die Brusthöhle ein; es entsteht eine Hernia diaphragmatica. Die Grösse des Defects variirt von 1—4 Zoll und kann das halbe Zwerchfell einnehmen: die Oeffnung kann sich im musculösen und seltener im tendinösen Theil finden; sie kann vom Peritoneum und der Pleura verschlossen sein oder es können Magen, Milz, ein Theil der Leber und des Darms in die Brusthöhle zu liegen kommen. Je nach der Behinderung die Brustorgane kann das Leben erhalten bleiben oder mehr oder weniger bald erlöschen. Alle diese Zustände beruhen auf Entwickelungshemmungen und nicht Zerreissungen. Am 3. September 1880 wurde ein Knabe geboren und am 5. September in's Findelhaus gebracht. Sein Gewicht betrug 2450 Gr., seine Länge 49 Cm.; Umfang des Kopfes 34 Cm., der Brust 32 Cm. — Es war ein wenig entwickeltes Kind. Es lebte bis zum 15. September ohne besondere Krankheitserscheinungen darzubieten, dann trat Durchfall ein bis zum Tode am 17. September. Das Gewicht war auf 2380 Gr. gefallen; die Temperatur während des Lebens betrug 36°—37° und am 15. September 37,8°. Die Section ergab hyperämisches Gehirn von weicher Consistenz. In der rechten Brusthälfte lag das Herz und die rechte comprimirte, zum Theil atelectatische Lunge. Die linke Brusthälfte füllten die Baucheingeweide, welche die linke Lunge bis auf einen Wallnussgrossen, flachen Körper gegen die Wirbelsäule comprimirt hatten. Das Gewebe war ganz unwegsam. In der linken Hälfte des musculösen Theils des Diaphragma's erwies sich ein Defect von 48 Mm. von vorn nach hinten und 45 Mm. von rechts nach links gemessen, mit vollkommen abgerundeten Rändern. Gleich oberflächlich lag der Wurmfortsatz mit dem Coecum, nach rechts; in die Tiefe nach links verlaufend das Colon ascendens; oberhalb das Ileum; ganz oben rechts die Lunge etwas sichtbar und unter dem Coecum das Herz. Nach links die ganze Thoraxhälfte einnehmend das Jejunum und dann die grosse Magencurvatur, an der rechts unter dem Herzen auf dem Diaphragma die Milz, die zweilappig war. In der Unterleibshöhle lag rechts vom Diaphragma bis zum Becken die fast viereckig geformte Leber, sie nahm fast ¾ der ganzen Bauchhöhle ein; während links das Duodenum und unten das Colon descendens und S. romanum, die Cardia und Oesophagus gelegen waren.

2. Dr. Moritz zeigt ein besonders eingerichtetes Stethoscop vor; es besteht aus einer konisch geformten metallenen Glocke über deren Oeffnung unten ein Trommelfell ausgespannt ist und von deren oberem Ende 2 Gummiröhren für beide Ohren abgehen, von Dr. Albanus construirt. Die Töne, die dadurch wahrgenommen werden, sind sehr intensiv; doch scheint das Instrument eine deutlichere Unterscheidung derselben nicht zu ermöglichen. Dr. Wulff bemerkt dazu, dass von König ein gleiches Instrument construirt sei mit dem Unterschiede, dass ein Schlauch an demselben befestigt sei.

3. Dr. Moritz theilt einen Fall von Pneumothorax mit, bei dem es zweifelhaft blieb ob derselbe vom Magen oder von den Lungen ausging, da er mit Genesung endete. (Der Vortrag ist in № 42 d. W. erschienen). Es knüpfte sich eine Discussion an den Vortrag, indem Dr. Herrmann zu der Annahme neigt, dass, da die Lungen als gesund erkannt worden, Magenstörungen andererseits vorhanden waren, ein Magengeschwür mit Verlöthung und Durchbruch angenommen werden könne. Dr. Kernig entgegnet, es müsste dann ein Pyopneumothorax aufgetreten sein; ein Exsudat sei aber erst spät und in geringem Grade nachzuweisen gewesen. Dr. Amburger möchte den gewöhnlichsten Fall annehmen, das ist das Platzen eines Emphysembläschens. Schliesslich spricht Dr. Kernig sich dahin aus, dass ihm doch der Verdacht auf ein Lungenleiden geblieben, trotz des negativen Befundes; der Patient habe öfter an der Kehle gelitten und er habe öfter an ihm fleckige Röthe des Gesichts bemerkt wie bei phthisischem Habitus.

4. Dr. Wulff referirt einen Fall aus der Hospitalpraxis, um anknüpfend an denselben die Frage zur Erörterung zu stellen, ob eine Operation ex indicatione vitali ohne vorher zu erlangende Einwilligung des betreffenden Patienten ausgeführt werden darf oder nicht.

Ein 51jähriger Arbeiter trat am 23. September 1880 in's Obuchow Hospital wegen einer Geschwulst des linken Unterschenkels, die seit etwa 6 Wochen seiner Aussage nach ohne bekannte Veranlassung entstanden sein sollte, und ihn hauptsächlich der Unmöglichkeit wegen, einen Stiefel anzuziehen, beschwert. Im verflossenen Frühjahr hatte er wegen rheumatischer Schmerzen in den Unterextremitäten im Hospital gelegen, war darauf in's Dorf gegangen, wo er sich vollkommen erholt haben will. Er ist von kräftigem Körperbau, mittelmässig genährt, die Hautdecken blassgelblich, etwas schlaff, mit etwas geringem Panniculus adiposus, Schleimhäute und Zahnfleisch blass, letzteres mit leichter blauer Umsäumung. Der linke Unterschenkel präsentirt eine voluminöse Geschwulst, die das untere Drittel der Hinterseite zwischen dem Fussgelenk und der Muskelmasse der Wade einnimmt, und zu beiden Seiten, namentlich nach aussen eine halbkugelförmige, nach innen eine flachere Hervorragung bildet. Die Haut des Unterschenkels zeigt bis zur Spina tibiae eine gelbe Pigmentirung auf der Vorderseite und um die obere Hälfte, keine Venenerweiterung; über den Hervorragungen der Geschwulst ist die Haut bläulichroth und trägt auf der äusseren Seite eine kleine nabelförmige Delle. Die Grenzen der Geschwulst sind unbestimmt. Nach oben hin verfliesst sie in eine breite härtliche Infiltration des unteren Theils der Wadenmuskeln, nach unten fühlt sie sich bis zum Fussgelenk weich an, mit Ausnahme der von den Knochen abgedrängten Achillessehne, an den Seitenflächen bietet

sich aussen manifeste oberflächliche Fluctuation unter sehr verdünnter Haut; nach innen deutliches aber begrenztes, tiefer sitzendes Schwappen; nach vorn ist die Tibia ganz frei unter der Haut sicht- und fühlbar. Pulsation wird keine gefühlt. Die Subinguinaldrüsen frei. Active Bewegungen im Fuss und Kniegelenk unbehindert und schmerzlos. Die Diagnose wurde in Anbetracht des Habitus des Kranken, der voraufgegangenen Schmerzen in beiden Extremitäten, der kurzen Dauer der Geschwulstbildung mit Wahrscheinlichkeit auf ein zerfallendes scorbutisches Hämatom in den Muskeln des Unterschenkels gestellt und zur Sicherung derselben am 26. September eine probatorische Punction mit dem Dieulafoix'schen Apparat unternommen. Es füllte sich das Glasröhrchen im Schlauch der eingesenkten Nadel mit dunkler röthlich schwarzer Flüssigkeit; doch traten in den Pumpenstiefel nur wenige Tropfen ein, die sich in der darin enthaltenen Carbollösung violettroth lösten, und ein Paar gelblich weisse Flocken, die für dicklichen Eiter gehalten wurden. Wir beschlossen, da wir im Angeführten eine Bestätigung sowohl des vorausgesetzten zerfallenden Hämatoms als die Zeichen der den Durchbruch der verdünnten Haut vorbereitenden Eiterung sahen, die Ausräumung der Höhle in Chloroformnarcose. Durch zwei Seitenschnitte wurde die Geschwulst eröffnet. Der erste wurde nach innen von der Tibia an der Stelle der begrenzten Fluctuation angelegt und gab eine unerwartet starke Blutung arterieller Färbung neben einem spärlichen Ausfluss eines dunklen Liquidums; der als Tampon eingeführte Finger stiess auf eine weiche Masse von gallertartiger Consistenz. Der grössere Schnitt durch die dünne Haut lieferte einen grossen Strahl grünlich gelblich schwarzer Flüssigkeit, der nachdringende Finger stiess auch hier auf die gleiche gallertweiche Masse. Theile derselben herausbefördert, erwiesen sich als sehr weiches, schwach röthlich gefärbtes, weissliches Gewebe. Es war also klar geworden: das vermeintliche Hämatom war ein Neoplasma schlimmster Art. Die weiteruntersuchenden Finger zeigten, dass dasselbe zwischen alle Muskeln hineingewuchert war, sowohl zwischen die oberflächlichen und tiefen, als zwischen letztere und den Knochen bis zum Fussgelenk hinab. Die Muskeln der tiefen Schicht waren zu membranartigen Platten verdünnt, welche mit den Fascien Compartimente für die Geschwulstmasse bildeten, die sich bis zum Fussgelenk erstreckte, nach nöthiger Erweiterung der Hautschnitte und Anlegung eines neuen, hinter dem Malleolus internus sich ausräumen liess, nach oben aber mit den Muskelmassen des Gastrocnemius und Soleus zu einer resistenten Infiltration verschmolz. Die fortdauernde Blutung war natürlich durch Compression und die elastische Binde beseitigt worden, und alle erreichbaren Gefässmündungen in den Schnitten unterbunden. Hierbei zeigte es sich, dass die Tibialis postica weit nach aussen dislocirt gewesen und bei Vereinigung beider Schnitte durchtrennt worden war. Mit der Lüftung der Binde begann aber wieder Blutung, zu deren Sistirung die Wahl nur zwischen Unterbindung des Hauptgefässstammes in der Continuität oder Entfernung des offenbar nicht zu rettenden Gliedabschnittes gegeben war. Nach der Meinung des Referirenden wäre darum als rationelles Verfahren die sofortige Amputation im Oberschenkel angezeigt gewesen. Dem gegenüber stelle sich die Ansicht der anwesenden Collegen, dass eine beraubende Operation jedenfalls nur mit Einwilligung des Kranken unternommen werden dürfte. Der Versuch, den Patienten aus der Narcose zu erwecken, gelang nicht. Obzwar er bis zum Antworten gebracht wurde, war sein Bewusstsein doch offenbar noch getrübt, als er sich für ein Nein auf die Amputationsfrage entschied. Darauf hin unterband Referent die Femoralis unterhalb der Mitte doppelt mit Durchschneidung zwischen den Ligaturen, Vernähung und Drainirung der Hautwunde. Antiseptischer Verband der ganzen Extremität mit leichter Hochlagerung. Am 27. September wurde nach erlangter Einwilligung des Patienten, der wegen Schmerz im Unterschenkel die Nacht über wenig geschlafen, bei 37,2° die transcondyläre Amputation des Oberschenkels von Dr. Gelbke gemacht, nach dem unterhalb der Ligaturstelle ein elast. Schlauch um den Oberschenkel angelegt war. In der Schnittlinie der Kniekehle wurde dabei ein isolirter, taubeneigrosser Knollen des Neoplasma blossgelegt und exstirpirt und ebenso ein sich härtlich anfühlender Zapfen an dem Gefässstrang von etwa 4 Cm. Länge auspräparirt, der sich aber nur als Fettgewebe mit vielem Bindegewebe erwies. Nach Unterbindung der Poplitaea wurde der schon hergestellte Collateralkreislauf constatirt durch sichtliche Pulsation in dem unterbundenen Gefäss. Die Untersuchung des abgesetzten Gliedes zeigte, dass die Neubildung aus einem weissen encephaloiden Gewebe besteht, das stellenweise von einer schleimigen dunkelgrünen Flüssigkeit ersetzt wird und hauptsächlich in der Richtung des Flexor pollicis longus fast von der Kniekehle ab bis zum Fussgelenk der Tibia folgend, alle Muskeln auseinander drängt, auch die Art. tib. postica dislocirt, die Tibia schon oben an einer, die Fibula an mehreren Stellen usurirt und stellenweise mit dem Periost der letzteren fest verbunden ist. Mikroskopisch zeigt die Geschwulst Spindelzellen verschiedenster Grösse mit meist schleimiger Intercellularsubstanz und ein überaus reiches Gefässnetz und ist demnach als Myxo-Sarcoma zu bezeichnen. Der Verlauf ist nicht günstig zu nennen. Der Vorderlappen am amputirten Oberschenkel mortificirte von dem freien Rande aus progressiv, seit dem 29. September in der Richtung zum Condylus externus; er wurde gespalten und der geschlossene antiseptische Verband mit Irrigation Tags über vertauscht, unter welcher sich die Gangrän des Lappens bis zum 6. October begrenzte und die Wundfläche des Stumpfes sich zu reinigen begann.

Der ohne Frostanfälle mit unregelmässigen Remissionen (39,0° bis 37,8°) verlaufende Fieberzustand deutete auf die chronische septische Infection; allmähliges Verfallen der Kräfte durch Appetitlosigkeit mit mässigen Diarrhöen führten am 23. October 1880 das letale Ende herbei. Der Amputationsstumpf hatte sich ganz gereinigt, ein Theil des Lappens am innern Theil war erhalten, die dünne Scheibe der Sägefläche des Knochens mortificirt. Die Ligaturwunde des Oberschenkels hatte sich nach geringer Eiterung ganz geschlossen, die Narbe zerfiel aber in den letzten Lebenstagen.

Die Obduction wies folgendes nach. Beide Lungen an ihrer ganzen Oberfläche mit dem Brustkorb fest verwachsen. Emphysem der rechten Lunge. Der Unterlappen der linken Lunge oedematös, das Gewebe brüchig. Das Herz mit dem Herzbeutel vollkommen verwachsen; bedeutende Hypertrophie des linken Ventrikels. Leber mässig verfettet. Milz vergrössert, weiche Pulpa; Nieren bedeutend parenchymatös degenerirt. Chronischer Catarrh der Magen- und Darmschleimhaut. Das S. roman. mit seinem Bogen an die Wurzel des Mesenteriums der Dünndärme durch alte Verwachsungen immobilisirt. Die Mesenterialdrüsen theilweise etwas vergrössert, härtlich, frei von Einlagerungen. Die Weichtheile des Oberschenkels bedeckten den Knochenstumpf nur theilweise; sind aber rein. Die Sägefläche des Knochens nekrotisirt auf etwa 3—4 Mm. An der äusseren Seite des Schenkels zwischen den Muskeln ein kleiner Eiterheerd mit mortificirtem Zellgewebe. In der Ligaturwunde etwas eitriger Detritus. Das centrale Ende der unterbundenen a. femor. durch einen organisirten Thrombus von 1,5 Cm. Länge geschlossen. Im peripheren Ende lockere Coagula. Die Drüsen der Inguinalgegend präsentiren Spuren der Neubildung.

In Bezug auf die zur Erörterung gestellte Frage fügt Referent hinzu, dass er den vorliegenden Fall nicht anders ansehe, als etwa ein durch Trauma, Maschinenverletzung z. B. nicht erhaltungsfähig gemachtes Glied, das er, bei fortdauernder parenchymatöser Blutung, auch bei mangelnder Dispositionsfähigkeit des Verletzten aus acuter Anämie, Trunkenheit nicht anstehen werde zu entfernen ex indicatione vitali.

Dr. Herrmann bemerkt, dass stricte Gesetzvorschriften ein solches Verfahren untersagen, sobald beraubende Operationen in Frage stehen, dass er sich aber berechtigt hält z. B. eine Herniotomie auch ohne vorherige Einwilligung des Patienten zu unternehmen, wenn die Lage des speciellen Falles dazu drängt.

Dr Maydell meint, dass bei einer beraubenden Operation ex indicatione vitali eine Consultation der Aerzte mit einem Protokoll ad hoc das Eingreifen des Arztes ohne vorhergehende Einwilligung des Patienten rechtfertigen müsse.

Dr. Wulff erklärt, dass ihm diesen Forderungen in der Praxis der Hospitäler vollkommen genügt scheine; indem die fungirenden Aerzte daselbst als Personen öffentlichen Vertrauens erscheinen und der Krankenbogen ein Actum ist, das als Beweisstück in vielfachen juridischen Verhandlungen herangezogen wird.

Dr. Metzler hält dafür, das im referirten Fall die Möglichkeit der Unterbindung des Hauptstammes allem Zweifel über die Wahl ein Ende habe machen müssen, da die Chancen der nachfolgenden Amputation dadurch nicht verschlimmert wurden.

Dr. Wulff hebt demgegenüber hervor, dass die Existenz einer grossen Höhlenwunde mit Geweben minimaler Vitalität der Möglichkeit einer sogenannten Infection innerhalb 24 Stunden sehr viele Chancen biete; dass eine wiederholte tiefe Narkose eines durch bedeutenden Blutverlust namhaft Geschwächten auch nicht gleichgültig erscheine, ferner das mögliche rasche Wiedereintreten der Blutung durch collaterale Zuflüsse denkbar mache, und dass er deshalb bei seiner Ansicht bleibe, dass es richtiger gewesen wäre, sogleich zur Amputation zu schreiten.

z. Z. Director Dr. Herrmann.
Secretär Dr. Tiling.

Russische medicinische Literatur.

№ 7. **Wratsch.** 1881. № 1.

Inhalt: a. W. Kernig: Ein Fall von primärem Krebs des Pancreas.

b) W. Tschugin: Ueber die Untersuchung des Marktbrotes.

c) B. Oks: Beobachtungen über Febris recurrens. (Aus dem jüdischen Hospital in Odessa).

d) A. Kosina u. A. Eckert: Untersuchungen des Blutes bei Gebärenden und Wöchnerinnen.

e) H. Idelson: Zur Frage über die Schwangerschaftsdauer. (Aus der Klinik des Prof. Horwitz).

f) N. Slatkowski: Ueber den Einfluss des Schwitzens auf die Assimilation der Kuhmilch im Darme gesunder Menschen.

№ 8. **Archiv (Sbornik) für gerichtliche Medicin und Psychiatrie, Med. Polizei, Hygieine, Epidemiologie, Geographie und Statistik,** herausgegeben vom Med.-Depart. 1880, Bd. III.

Inhalt: a. N. Ponomarëw: Der Selbstmord im westlichen Europa und Russland im Zusammenhange mit der Entwickelung des Irrsinns.

b) P. Smolenski: Ueber die Kohlensäure der Bodenluft.
c) F. Sperck: Medicinisch-topographische Beschreibung des Amurlandes.
d) Wyrubow: Materialien zur Kenntniss des Sanitätsdienstes auf den Eisenbahnen.
e) R. Ruhm: Anthropologisches Material zur Bestimmung der physischen Entwickelung der Schuljugend.
f) M. Galanin: Ueber die Nahrung in den Hospitälern.
g) Perfiljew: Versuch einer vergleichenden Darstellung der hygieinischen Bedingungen des Lebens des Landvolkes und medicinische Topographie des Kreises Tscherepowez.

№ 9. **Wratschebnija Wedomosti. № 452.**
Inhalt: a. Prof. A. Polotebnow: Die Bedeutung der Bacterien bei den Infectionskrankheiten. (Schluss).

№ 10. **Westnik Wodoletschenija.** (Zeitschrift für Wasserheilkunde u. Mineralbäder Russlands). Redacteure: DDr. Lewiss u. Galanin. Januar-Heft 1881.
Inhalt: a. E. Lewiss: Hydrotherapeutische Skizzen. I. Behandlung der acuten Exantheme.
b) L. Schorstein: Ueber die Thermotherapie im Allgemeinen u. speciell über die Anwendung der heissen Douche.
c) T. Schermasanow: Aus der Kumyss-Praxis.
d) Kisch: Der gegenwärtige Stand der Balneotherapie. (Vortrag, geh. in der balneolog. Gesellsch. in Berlin).
e) Prof. O. Liebreich: Ueber eine besondere Eigenschaft der natürlichen Mineralquellen.
f) N. Juschkewitsch: Ueber die Mineralquellen von Lipezk.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Paris médical. № 82.
— La gaceta de sanidad militar. № 144.
— Eine geburtshülfliche Excursion nach Paris von M. Horwitz. (russ.) Karl Ricker. St. Petersburg 1880.
— Die Schusswunden der Hand und der Finger. Eine kriegschirurgische Skizze nach eigenen Beobachtungen aus 2 Feldzügen von Th. Heidenreich. (russ.) Mit 5 lithographirten Tafeln. Karl Ricker. St. Petersburg 1880.
Erste endolaryngeale Operation in der Narkose. Extirpation eines Kehlkopfpolypen bei einem 8jährigen Kinde, von Prof. J. Schnitzler. (Sep.-Abdr. aus d. Wien. med. Presse 1880).

Tagesereignisse.

— Dem ordentl. Professor der Chirurgie an der Dorpater Universität, wirkl. Staatsrath Dr. E. v. Wahl ist der St. Stanislaus-Orden I. Classe verliehen worden.
— Der Privatdocent Dr. Sonnenburg in Strassburg, früher Assistent des Prof. Lücke, hat einen Ruf als ord. Professor der Chirurgie nach Jeddo erhalten und angenommen.
— In Reval ist am 27. December a. pr. der Oberarzt des dortigen Militärhospitals, Staatsrath Dr. Johannes Füner gestorben.
— In Kasan verstarb am Magenschwür der Professor der chirurgischen Hospitalklinik und Decan der med. Facultät der dortigen Universität, wirkl. Staatsrath Dr. M. Nikolski.
— In den Kämpfen bei Geok-Tepe ist Dr. Troizki gefallen und Dr. Malschewski schwer verwundet worden.

Miscellen.

— Der «Wratsch» zieht einen nicht uninteressanten Vergleich zwischen den Gagen, welche *im Militärressort* einerseits *die Aerzte* beziehen, und andererseits die *Juristen* und *Ingenieure*, d. h. also Personen, welche ebenfalls eine höhere Specialbildung (wenn auch, wie der «Wratsch» hinzufügt, vielleicht nicht mit solcher Anstrengung) erlangt haben. Es beziehen:

In den Militär-Bezirksgerichten an	*Jahresgehalt* (incl. Tischgelder)
der Militärrichter (Stabsofficier, kann aber auch General oder Civilist sein)	2400 Rbl.
der Militär-Untersuchungsrichter (Stabs- od. Oberoffic. od. Civilist)	1800 »
der Militär-Procureur (Obrist, General od. Civilist)	3000 »
dessen Gehülfe (Stabs- od. Oberofficier od. Civilist)	1800 »
In den Bezirks-Ingenieurverwaltungen:	
der Ingenieurchef (General)	4917—5595 Rbl.
dessen Gehülfe (General)	3717—4395 »
der Verwalter des Ingenieurwesens	2841—3087 »
In den Bezirks-Militär-Medicinal-Verwaltungen:	
der Bezirks-Militär-Medicinalinspector	1696 Rbl.
(Erhält alle 5 Jahre eine Zulage im Betrage von 211½ Rbl.)	
dessen Gehülfe	1213 »
(Erhält alle 5 J. eine Zulage von ca. 166 Rbl.)	
In den Verwaltungen der Ingenieur-Distanzen:	
der Distanz-Chef (Obrist)	2187—2487 Rbl.
dessen Gehülfe	1341—1431 Rbl.
der Oberofficier	714— 786 »
In den Truppentheilen und den med. Einrichtungen derselben:	
der ältere Arzt	579 Rbl.
der jüngere Arzt	462 »

Diese Zahlen beweisen zur Genüge die unverhältnissmässig schlechte Besoldung der Aerzte im Militärressort. Der gewöhnliche Einwand, dass der Arzt nebenbei durch Privatpraxis verdiene, ist einmal nicht stichhaltig, da Niemand bei der Bestimmung der Gagen der Ingenieure, Generalstabsofficiere etc. in Betracht zieht, was sie durch ihre Privatbeschäftigungen als Bauunternehmer, Lehrer u. s. w. erarbeiten, dann aber auch unbegründet, indem die Privatpraxis der Militärärzte meistentheils eine recht unbedeutende ist.

— Von dem neuen, unter der Redaction der DDr. Lewiss und Galanin in russischer Sprache erscheinenden «*Journal für Wasserheilkunde*» (Вѣстникъ водолеченія и русскихъ минеральныхъ водъ), dessen Erscheinen wir vor einiger Zeit angekündigt haben, liegt uns bereits das erste Heft vor. Dasselbe umfasst 60 Seiten in Octav-Format und ist recht reichhaltig. Es enthält zunächst ein Vorwort der Redaction, in welchem dieselbe ihr Programm entwickelt, demzufolge das neue Journal ein Organ für die Interessen der Wasserheilkunde in weitestem Sinne werden soll. Es will den hydropathischen Behandlungsmethoden grössere Verbreitung in Russland verschaffen, sowie den russischen Bädern und den klimatischen Curorten in Russland eingehende Aufmerksamkeit widmen und auch die Kumyssbehandlung und medicinische Gymnastik in den Kreis der Besprechungen ziehen. An Originalaufsätzen enthält dieses Heft: 1) Hydrotherapeutische Skizzen von Dr. E. Lewiss; 2) Ueber die Thermotherapie im Allgemeinen und speciell über die Anwendung der heissen Douche von Dr. Schorstein; 3) Aus der Kumyss-Praxis von Dr. T. Schermasanow; 4) Einen Vortrag von Dr. Kisch über den gegenwärtigen Stand der Balneotherapie; 5) Eine Abhandlung von Prof. O. Liebreich: Ueber eine besondere Eigenschaft der natürlichen Mineralquellen; 6) Ueber die Mineralquellen von Lipezk, von dem Director derselben Dr. N. Juschkewitsch. Den Schluss bilden geschäftliche Notizen über die russische Badstube und eine Abbildung eines neuerdings in Paris erfundenen Kühlapparates für den menschlichen Körper, dessen nähere Beschreibung in dem nächsten Hefte folgen wird. Druck und Ausstattung des Journals sind gut.

Wie wir schon bei der Ankündigung des neuen Journals uns ausgesprochen haben, dürfte dasselbe eine fühlbare Lücke in der russischen medicinischen periodischen Presse ausfüllen, da bisher ein Organ für die Interessen der Wasserheilkunde, sowie der russischen Bäder und klimatischen Curorte in Russland fehlte und die einschlägigen Arbeiten in den verschiedensten Zeitschriften zerstreut vorkamen, oft aber auch wegen ihres grösseren Umfanges und speciellen Interesses in der Presse gar keine Aufnahme fanden. Bf.

Personal-Nachrichten.

Amtliche.

— *Ordensverleihungen*: Den *St. Annen-Orden 1. Cl.*: Dem Vicedirektor des Medicinaldepartements, Dr. med. Mamonow. Den *St. Wladimir-Orden 3. Cl.*: Dem ält. Arzt des Leib-Garde-Jägerregim., St.-R. Dr. med. Grimm. Den *St. Annen-Orden 2. Cl.*: Dem jüng. Ord. des Wilnaer Militärhospitals, C.-R. Winogradow u. d. Arzt a. D. der Feld-Militärmedicinal-Verwaltung, C.-A. Panow.
— *Befördert*: *Zum wirkl. Staatsrath*: Der Arzt des weiblichen Wohlthätigkeits-Vereins zu Kaluga, Dr. Gerchen.
— *Bestätigt*: Als ausserord. Professor für das Katheder der Pathologie an der Moskauer Universität, Dr. med. Vocht.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 28. December 1880.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	913	345	1258
Alexander- «	709	161	870
Kalinkin- «	—	499	499
Peter-Paul- «	317	152	469
St. Marien-Magdalenen Hospital	164	73	237
Marien-Hospital	292	414	706
Ausserstädtisches Hospital	287	138	425
Roshdestwensky-Hospital	44	29	73
(Nicolai-Militär-)Hospital (Civilabth.)	311	130	441
3 zeitw. Hospitäler	414	75	489
Ausschlags-Hospital	11	11	22
Summa der Civilhospitäler	3462	2027	5489
Nikolai-Kinder-Hospital	51	45	96
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	60	78	138
Elisabeth-Kinder-Hospital	26	32	58
Summa der Kinderhospitäler	137	155	292
Nicolai-Militär-Hospital	574	10	584
Ssemenow'sches Militär-Hospital	328	—	328
Kalinkin-Marine-Hospital	294	—	294
Gesammt-Summa	4795	2192	6987

Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	839	316	1155
Scarlatina	33	25	58
Variola	6	4	10
Venerische Krankheiten	784	494	1278

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 21. bis 28. December 1880 besucht von 1968 Kranken, darunter zum ersten Mal von 796.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs
am 4. Januar 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	950	351	1301
Alexander- «	747	160	907
Kalinkin- «	—	479	479
Peter-Paul- «	374	164	538
St. Marien-Magdalenen-Hospital	166	73	239
Marien-Hospital	289	446	735
Ausserstädtisches Hospital	282	136	418
Roshdestwensky-Hospital	49	38	87
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	340	127	467
3 zeitw. Hospitäler	443	87	530
Ausschlags-Hospital	11	13	24
Summa der Civilhospitäler	3651	2074	5725
Nikolai-Kinder-Hospital	56	43	99
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	56	77	133
Elisabeth-Kinder-Hospital	26	32	58
Summa der Kinderhospitäler	138	152	290
Nicolai-Militär-Hospital	592	12	604
Ssemenow'sches Militär-Hospital	267	—	267
Kalinkin-Marine-Hospital	311	—	311
Gesammt-Summa	4959	2238	7197

Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	778	309	1087
Scarlatina	30	22	52
Variola	5	4	9
Venerische Krankheiten	776	475	1251

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 28. December 1880 bis 4. Januar 1881 besucht von 1442 Kranken, darunter zum ersten Mal von 671.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs
für die Woche vom 21. bis 27. December 1880.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 590 (Todtgeborene 25). Durchschnittliche Sterblichkeit der Woche, für das ganze Jahr berechnet, beträgt 45,80 pro Mille der Einwohnerzahl, ohne Zugereiste aber 45,03.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50 - 59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
339	251	590	101	31	82	15	3	27	68	73	39	55	52	24	17	6

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 14, Typh. abd. 28, Febris recurrens 6, Typhus ohne Bestimmung der Form 10, Pocken 1, Masern 6, Scharlach 10, Diphtheritis 8, Croup 6, Keuchhusten 8, Puerperalkrankheiten 3, Dysenterie 1.

— Gehirnapoplexie 13, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 25, acute Entzündung der Athmungsorgane 78, Lungenschwindsucht 101, Gastro-intestinal-Krankheiten 85, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 24, Marasmus senilis 35, Pyämie und Septicämie 5.

— Tod durch Zufall 6, Selbstmord 2.

— Andere Ursachen 115.

Nächste Sitzung des allgem. Vereins St. Petersburger Aerzte, Dienstag den 13. Januar 1881.

Nächste Sitzung d. deutschen ärztlichen Vereins, Montag d. 19. Januar 1881.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 9 Января 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh. Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt: pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

ST. PETERSBURGER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 3. St. Petersburg, 17. (29.) Januar. 1881.

Ueber ein Arznei-Exanthem.

Von

Dr. Hampeln.

Riga.

Ausser den längst bekannten Arzneien, deren innerer Gebrauch häufig eigenthümliche Hautausschläge bewirkt, haben in jüngster Zeit noch andere diese Eigenschaft offenbart, so das Chinin, salicylsaure Natron, Opium, Chloralhydrat, Digitalis. Und zwar waren es besonders Erytheme, welche durch diese Mittel hervorgerufen wurden. Dieses Factum hat nun nicht allein pathologisches Interesse, sondern ist auch um der daraus erwachsenden diagnostischen Schwierigkeiten und Gefahren willen von Bedeutung. So ist es vor Allem der Scharlach, mit welchem jene Erytheme leicht verwechselt werden können, um so eher, je weniger auf obige Thatsache Rücksicht genommen wird. Mehrere Mittheilungen dieser Art bringt die Berl. Klin. W. (1877).

Ich bin nun in der Lage den bereits genannten Arzeneien noch eine weitere hinzuzufügen, nämlich das benzoesaure Natron, welches in einem Fall meiner Praxis ein Scharlach ähnliches Exanthem hervorrief.

M. J. 8 Jahre alt, ein gesunder Knabe, hat vor 5 Jahren eine leichte aber fraglose Scharlacherkrankung bestanden, leidet an Tonsillarhypertrophie und neigt sehr zu leichten Anginen des Rachens. Am 12. Oct. a. c. erkrankte er unter leichten Schlingbeschwerden bei fast völlig ungetrübtem Allgemeinbefinden. Die besorgte und in der Racheninspection sehr erfahrene Mutter entdeckte sofort auf den Tonsillen weisse Flecke, wovon sie mich alsbald in Kenntniss setzte. Ich fand den Knaben munter und fröhlich umherlaufen, fieberfrei, scheinbar ganz gesnnd. Die beiden, leicht gerötheten Tonsillen waren jede von etwa 12, linsenbis erbsengrossen, weissgrauen, discreten, scharf begrenzten, nicht abstreifbaren Häutchen bedeckt. Die Mund- und Zungenschleimhaut normal. Die Lymphdrüsen des Halses waren weder geschwollen noch schmerzhaft. Aus hier nicht näher zu erörternden Gründen beurtheilte ich die Erkrankung als ungefährliche Mycose der Tonsillarschleimhaut. Ich verordnete benzoësaures Natron, stündlich 0,3 am Tage, in der Nacht dreimal zu 0,6. Am anderen Tage fand ich den Knaben etwas müde, aber immer noch recht wohl. Doch theilten mir die Eltern mit, dass sie am Morgen dieses Tages zu ihrem grossen Schreck einen Scharlachausschlag am Kinde entdeckt hätten. Es sah auch in der That so aus. Eine diffuse Röthe bedeckte den Hals, Rumpf und die Oberarme. Die Grenzen des Exanthems waren deutlich markirt. Längs seines Randes auf den Oberarmen waren zahlreiche, rothe, flache kleine Knötchen zu sehen, eben solche auf den Handrücken. Der Ausschlag verursachte Jucken. Das Medicament wurde als in hohem Grade verdächtig sofort ausgesetzt. Unterdessen hatte der Rachenkatarrh sich gesteigert, die weissen Häutchen waren fast alle abgestossen. Meine Vermuthung, dass dass Exanthem bereits am Abend geschwunden sein würde, bestätigte sich nicht, sondern die Röthe war noch etwas weiter auf die Hinterbacken gekrochen. Die Rectumtemperatur betrug 38,7° C., der Puls 120. Das Allgemeinbefinden des Knaben war, wie bisher, sehr gut. Am Morgen des nun folgenden Tages war vom Exanthem nichts mehr zu sehen. Der Harn enthielt weder Eiweiss, noch eine die Fehling'sche Kupferlösung reducirende Substanz. Desquamation, worauf sorgfältig geachtet wurde, trat nicht ein.

In Anbetracht des ungestörten Allgemeinbefindens des Kranken, seines Contrastes mit der In- und Extensität des Exanthems, mangelnder anderer Localsymptome des Scharlach, in Anbetracht ferner des Exanthems, welches wegen seiner Gleichmässigkeit sich von der meist feingefleckten Scharlachröthe unterschied, endlich des Umstandes, dass der Knabe vor 5 Jahren den Scharlach durchgemacht hatte, zögerte ich nicht ein Arznei-Exanthem zu diagnosticiren, entstanden nach dem Verbrauch von etwa 5,0 Natron benzoicum in c. 20 Stunden.

Um einen entscheidenderen experimentellen Beweisgrund

zu gewinnen, verabfolgte ich dem Knaben, mit Einwilligung der Eltern, am Tage, nachdem das Exanthem geschwunden war, nochmals das Benzoat zu 0,3 stündlich. Schon am Abend stellte sich das Erythem wieder ein, diesmal nicht diffus, sondern in mehreren, handgrossen Flecken. Das Mittel wurde am Abend ausgesetzt und war am anderen Morgen vom Exanthem nichts mehr zu sehen.

Der Scorbut im Jahre 1880.

Nach Beobachtungen aus dem Obuchow-Hospitale
von
Dr. F. Herrmann.

Der Scorbut gehört zu den, in unserem Hospitale nie fehlenden Krankheiten, doch bleibt er gewöhnlich auf kleine Zahlen beschränkt und trat nur in den Jahren 1856, 1868 und 1880 in grösseren Gruppen auf. Ueber die vorjährige Epidemie erlaube ich mir Einiges, mit Berücksichtigung früherer Jahre, mitzutheilen.

Meine statistischen Notizen umfassen die letzten 18 Jahre, in welchen 2680 Kranke mit Scorbut im Obuchow-Hospitale zur Aufnahme kamen; sie entsprechen 1,13% aller in diesem Zeitraume aufgenommenen Kranken. Von den 2680 fallen 111 oder 4,14% auf die weibliche, 2569 oder 95,85% auf die männliche Abtheilung. Die Krankheitsfrequenz zeigt in den zum Vergleiche vorliegenden Jahren wenig Schwankungen, in 11 Jahren hat sie noch kein volles Procent erreicht, in 4 sich 2% genähert und nur in einem, dem Jahre 1868 einen grossen, epidemischen Aufschwung genommen, mit 549 Kranken, die 4,19% der Gesammtaufnahme entsprechen.

Im laufenden Jahre 1880 finden wir 240 Skorbutiker, nicht eingerechnet häufige chirurgische, durch Scorbut complicirte Fälle; diese in den ersten 8 Monaten gewonnene Zahl wird in den nächstfolgenden 4 Monaten wenig wachsen, da die Krankheit nach unseren Erfahrungen an gewisse Jahreszeiten gebunden ist, erst im Februar sich geltend macht, dann rasch ansteigend im Sommer ihr Maximum erreicht und im September tief herabgeht. Ihr kleinster Procentsatz fällt auf die Monate November und October, das Nähere zeigen unsere Tabelle und Curven.

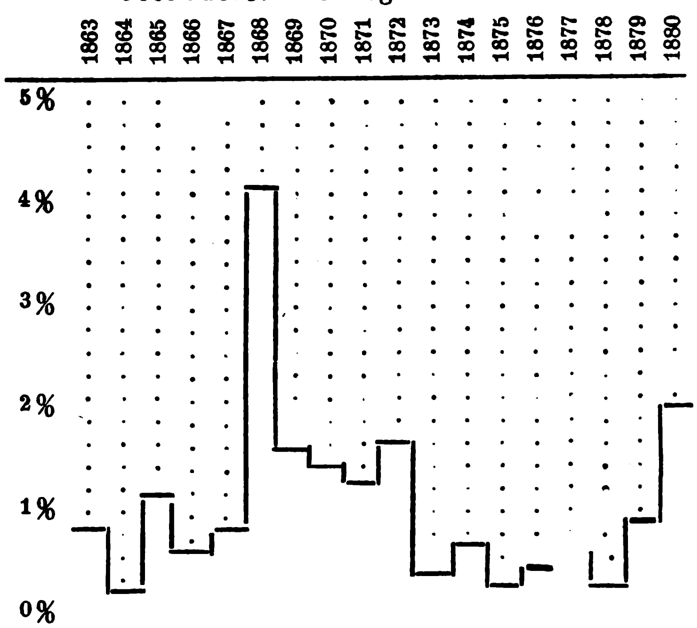
Scorbutfrequenz in 18 Jahren.

	M.	W.	Summa	Procentsatz zur Gesammtaufnahme
1863	80	6	86	0,93
1864	22	3	25	0,25
1865	138	2	140	1,25
1866	107	10	117	0,85
1867	112	5	117	0,95
1868	535	14	549	4,19
1869	215	3	218	1,81
1870	185	6	191	1,63
1871	196	10	206	1,46
1872	244	12	256	1,71
1873	49	8	57	0,44
1874	100	6	106	0,77
1875	41	6	47	0,31
1876	61	3	64	0,42
1877	65	5	70	0,48
1878	49	3	52	0,31
1879	135	4	139	0,87
1880	235	5	240	2,04
	2569	111	2680	

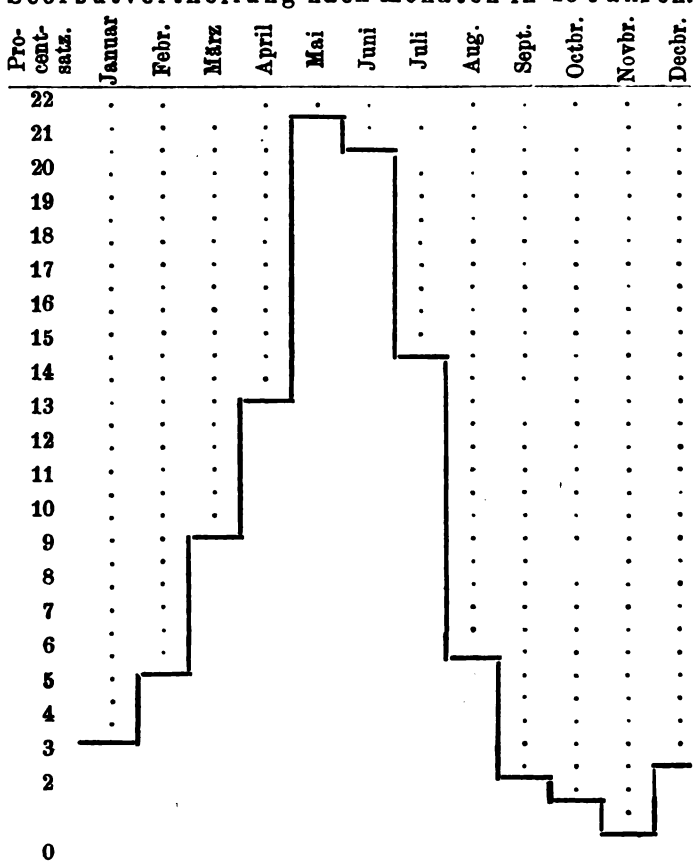
Vertheilung des Scorbuts nach Monaten in 18 Jahren.

	Krankenzahl	Procentsatz
Januar	82	3,06
Februar	136	5,07
März	250	9,32
April	346	12,91
Mai	586	21,86
Juni	551	20,55
Juli	394	14,70
August	141	5,26
September	53	1,97
October	41	1,52
November	40	1,49
December	60	2,23
	2680	

Scorbutvertheilung in 18 Jahren.



Scorbutvertheilung nach Monaten in 18 Jahren.



Die Aetiologie des Scorbuts ist dunkel, nach den gegenwärtigen Anschauungen beruht derselbe auf einer gewissen Blutdissolution und deren Folgen, auf gestörter Ernährung der Gefässwände und leichter Zerreissbarkeit der Blutcapillaren, ein Prozess, der ebensowohl durch längere Zeit einwirkende anomale hygieinische Verhältnisse, unzureichende oder fehlerhafte Nahrung, als durch erschöpfende Krankheiten hervorgerufen werden kann. Ueber die supponirte Beschaffenheit des Blutes Scorbutiker wissen wir: dass seine Menge, noch mehr aber seine Zusammensetzung verändert sind; das Eiweiss des Blutserums scheint ab-, der Wassergehalt des letzteren zuzunehmen, ebenso ein geringerer Gehalt an Blutkügelchen und Haemoglobulin zu bestehen, in Folge dessen das Blut leichter die Gefässe durchdringen kann. Als neu weisen wir auf die Ansicht Klebs, der im Scorbutblute einen Parasiten, die Flagellata entdeckt und diese als das Contagium der Krankheit betrachtet.

Obgleich nun die Ansicht, dass alle den Stoffwechsel beeinträchtigenden Momente Scorbut hervorrufen können, kaum auf Widerspruch stossen wird, lehrt die Statistik, dass nicht alle Misswachs- und Hungerjahre die Krankheit zur Folge haben, und umgekehrt, dass dieselbe sich bei einzelnen Menschen entwickeln kann, trotz der günstigtsen Verhältnisse. Ohne diese Widersprüche hier weiter zu verfolgen, erlaube ich mir die letzte Epidemie nach ihrem Umfange und Charakter zu schildern und nachzuweisen, in welchem Grade und welcher Art unsere Kranken nach ihrem Alter und Geschlecht, der Körperbeschaffenheit, socialen Stellung und Beschäftigung vom Scorbute heimgesucht worden sind.

Wir finden in der gegenwärtigen Epidemie 235 Männer und 5 Frauen, dieses grelle Ueberwiegen der ersten wird keineswegs durch den verschiedenen Körperbau der Geschlechter, wohl aber durch ihre verschiedene Lebensweise erklärt. Von 208 Männern war das Alter bekannt, in der Rubrik unter 15 Jahren finden wir 7 Kranke, von 15—20 Jahren 42, von 21—25 J. 27, von 26—30 J. 33, von 31—35 J. 17, von 36—40 J. 21, von 41—50 J. 22, von 51—60 J. 14, im Alter über 60 und 70 J. 5. Die Krankheit betraf demnach am stärksten das Jünglings- und Mannesalter, theils weil diese Altersstufen in St. Petersburg überhaupt stark vertreten sind (67%), noch mehr aber weil sie eine Lebensperiode umfassen, in welcher der Mensch am meisten zu schweren Arbeiten berufen ist; dass die letzteren aber den Scorbut einigermassen begünstigen, scheint aus unseren freilich kleinen Zahlen hervorzugehen. Von 100 Kranken, über deren Constitution und Ernährungszustand in den Krankenlisten Angaben vorhanden sind, werden nur 24% als schwachgebaute oder schlecht genährte bezeichnet, eine kaum grössere Zahl als mittlerer Constitution, 50% dagegen als kräftige, gutgenährte Leute aufgeführt. Auch waren 63% unserer Scorbutiker Leute, die schwere Arbeit verrichteten, wie Lastführer, Erdarbeiter, Schmiede, Maurer, Bautischler, Barkenführer und Tagelöhner mit wechselnder Arbeit, während der kleinere Rest sich auf Leute mit weniger harter Arbeit vertheilte, auf Schneider, Schuster, Papparbeiter, Maler, Schreiber, Diener und dergleichen. Zur Erklärung dieser Vorgänge möchte ich darauf hinweisen, dass kräftige Menschen zwar eine grössere Widerstandsfähigkeit gegen Krankheitsursachen besitzen als schwache, diese Widerstandsfähigkeit jedoch ihre Grenzen findet. Grössere Muskelarbeit ist bekanntlich mit einem grösseren Albuminverbrauche verbunden, verlangt daher zur Erhaltung des Gleichgewichts eine an plastischen Stoffen reichere Nahrung, fehlt die letzte, so sinkt jede Widerstandsfähigkeit. Wie bekannt entspricht aber die gewöhnliche Nahrung unserer Arbeiterklasse wenig ihren Arbeitsleistungen; zwar versicherten viele unserer Kranken zu Hause täglich Fleisch gegessen, überhaupt gut gelebt zu haben, doch werden wir mit der Annahme nicht fehl gehen, dass ein noch grösserer Theil vorzugsweise auf vegetabilische Nahrung angewiesen gewesen sei, bei welcher, wenn sie durch Quantität die Qualität ersetzen soll, 25% des Eiweissgehalts unbenutzt in den Faeces verloren gehen.

Ungelöst bleibt das Räthsel, warum dieselben Menschen, unter denselben Verhältnissen Jahrelang von Scorbut verschont geblieben, warum derselbe im Laufe von 18 Jahren überhaupt nur 2 Mal epidemisch aufgetreten ist? Es müssen in diesen beiden Epidemien, neben hygieinischen Verhältnissen, noch andere uns unbekannte Ursachen mitgewirkt haben. Auch liefern unsere Zahlen bedeutend mehr Fälle primären Scorbuts bei bisher gesunden Personen, als secundäre, der durch vorangegangene erschöpfende Krankheiten angebahnt worden war. In der ersten Kategorie finden wir 117, nach erschöpfenden Krankheiten als Nachzügler derselben 55 Fälle von Scorbut und zwar: nach Recurrens 14 Mal, nach Catarrhen der Digestionsorgane 10 Mal, nach Flecktyphus 8 Mal, nach alten Geschwüren 4 Mal, nach Abdominaltyphus 3 Mal, nach acutem Rheuma, Contusionen und Knochennecrose je 2 Mal, nach Pneumonie, Herzleiden, Apoplexie, Paralyse, Intermittens, Syphilis, Fractur, Phlegmone, Gangrän und Erysipelas je 1 Mal. Wenn unsere kleinen Zahlen einen Schluss erlauben würden, so müssten nächst den Catarrhen der Digestionsorgane die Infectionskrankheiten am meisten zum Scorbut disponiren, wogegen der Alcoholgebrauch und Missbrauch im Widerspruche mit älteren Ansichten den Scorbut eher zu hemmen als zu fördern scheint.

Beachtung verdient, dass ein längerer Aufenthalt in St. Petersburg zum Scorbut zu disponiren scheint; von 72 Kranken, deren Aufenthaltsdauer bekannt wurde, waren 12 Neulinge, 9 hatten über 1 Jahr, 51 hingegen mehrere Jahre in St. Petersburg gelebt.

Bei der jedem gesunden Organismus innewohnenden kräftigen Blutregulirung kann eine chronisch-constitutionelle Blutdissolution, wie sie dem Scorbut zugeschrieben wird, nur langsam zu Stande kommen, es müssen dem Scorbute vor seiner Reife Vorboten vorangehen, mögen sie nun der Beobachtung zugängig gewesen oder entgangen sein. Dieses zugebend müssen wir die Krankheitsursachen nicht in der Zeit der höchsten Krankheitsfrequenz, sondern in den vorangegangenen Monaten, dem Winter und Herbste zu suchen haben. Leider sind diese Fragen im Hospitale, bei dem Bildungsgrade unserer Kranken, nicht zu beantworten. Aufgefallen ist mir jedoch die häufige Klage über Gliederschmerzen, welche ohne sichtbare Veränderungen in den Weichtheilen die Kranken Wochen und Monate belästigt und ihre Arbeiten, wenn nicht aufgehoben, so doch beschränkt hatten; ich möchte sie nicht als Rheuma sondern als beginnende scorbutische Muskelaffection auffassen.

Unter den Symptomen des Scorbuts wurde von Alters her, als eins der constantesten und diagnostisch wichtigsten, das Leiden des Zahnfleisches betrachtet, sein Fehlen schloss jeden Scorbut aus, sein Dasein rechtfertigte für sich allein die Bezeichnung Scorbut. Dieser Ansicht können wir, auf unsere Hospitalerfahrungen gestützt, nicht bedingungslos zustimmen, da unter den 240 diesjährigen Scorbutikern die Stomacace nur in 16 Fällen ganz allein, und unter diesen nur 4 Mal stärker aufgetreten ist. Selbst in den schweren Fällen hat sie nicht die Höhe früherer Jahre erreicht, während ich umgekehrt 27 Fälle anzumerken hatte, in welchen trotz Blutung und Sclerose in den Weichtheilen der unteren Extremitäten, trotz mehrfacher Rippenlösung, das Zahnfleisch wohl erhalten blieb. Allerdings fielen in den meisten Fällen Leiden des Zahnfleisches und der Extremitäten zusammen, so in 82% aller Erkrankten. Stark ausgeprägt war die Stomacace überhaupt in 24%, mittelmässig in 40%, schwach endlich in 35% aller in der letzten Epidemie beobachteten Scorbutiker. Bei dieser Gelegenheit möchte ich noch bemerken, dass die stärkere Schwellung, Lockerung, Missfarbe und Blutung des Zahnfleisches häufiger bei primärem Scorbute gefunden wurde, während bei sekundärem das Zahnfleisch und die Gaumen mehr anämisch und atrophisch erschienen.

Während die Röhrenknochen in der letzten Epidemie frei ausgingen, sahen wir die flachen relativ häufig ergriffen. Lösung und Trennung der Rippenknorpel fanden wir 7 Mal, immer gleichzeitig auf beiden Brusthälften, 4 Mal vorwaltend auf der rechten, 3 Mal auf der linken Seite. Rechts litten die 4., 5., 6. und 7. Rippe, links die 4., 5. und 6. Das Bild der Krankheit ist bekannt, sie ergriff einen 14-jährigen Knaben und 6 andere jüngere Subjekte; zu ihrer vollen Entwickelung genügten 14 Tage, ihre Heilung nahm Monate in Anspruch, doch haben wir keinen dieser Kranken verloren, ebenso in diesem Jahre keine Trennung der Clavicula vom Sternum gesehen.

Ein langes hartnäckiges Leiden bilden die hämorrhagischen Ergüsse in das subcutane und intermusculäre Bindegewebe; sie waren dieses Jahr fast bei allen Kranken vorhanden, seltener und unbedeutend in den oberen Extremitäten, desto schwerer aber in den unteren, sei es in Knoten- oder in der bedeutend häufigeren diffusen Form. In 14% sämmtlicher Fälle waren diese Blutinfiltrationen und die Sclerose schwach, in 31% mässig, in 54% stark entwickelt. In den schweren Fällen erschienen die Unterschenkel starr, wachsartig und selbst bretthart, zugleich je nach Dauer der Krankheit livid, grün oder schmutziggelb gefärbt. Die Infiltration drang in tiefe Schichten, zwischen Muskeln und Periost, zwischen Muskelbündel und Fascien, glücklicher Weise nicht in dem früher beobachteten Grade, wo fingerdicke, unterm Messer knirschende Schwarten die Muskeln verlötheten.

Von grösseren Exsudaten in's Kniegelenk mit deutlicher Fluctuation und grosser Empfindlichkeit finde ich 3 Fälle; in keinem kam es zu Trennung und Ablösung der Knochen oder Knorpel, in allen erfolgte glückliche Heilung.

Zu Contracturen und Pseudoanchylosen kam es 22 Mal; sie beruhen nicht auf fehlerhafter Stellung der Knochen, sondern auf Leiden der durch nutritive Störung verkürzten willkürlichen Muskeln. Trotz ihrer Hartnäckigkeit führen sie selten zu bleibender Sclerose des Bindegewebes und vollkommener Schrumpfung der Muskeln; wir werden bei Besprechung der Therapie darauf zurückkommen.

Grössere Blutungen in das submucöse Gewebe traten 3 Mal und zwar in hohem Grade in der Sclera des Bulbus auf, auch finden wir 2 Mal Hypopyon bei sehr herabgekommenen Individuen, die später zu Grunde gingen. Auffallend ist, dass von allen reinen Scorbutikern nur 1 an Hemeralopie litt, während diese 3 Mal unter den chirurgischen Kranken beobachtet wurde, 2 derselben litten gleichzeitig an Scorbut.

Von Nasal-, Bronchial-, Nieren- oder Darmblutungen sahen wir nur 1 Fall in Form des Morbus Werlhofii bei einem 19jährigen Maurer, der, am 11. August aufgenommen, bald starb.

Von den früher häufigen Transsudaten und Exsudaten in den Pleurasack und Herzbeutel finden sich dieses Jahr 5 tödtliche Fälle, 4 erlagen durch Pleuritis haemorrhagica, 1 durch Pleuritis und Pericarditis, schliesslich 1 an Peritonitis haemorrhagica.

Ueber die Allgemeinerscheinungen und Betheiligung der grossen Centralorgane habe ich wenig zu sagen. Das Grosshirn erschien immer frei, Lähmungen oder Convulsionen fehlten. Die Respirationsorgane litten selten, die Ausnahmen sind als zufällige vom Scorbut unabhängige Complicationen aufzufassen; sie bestanden 4 Mal in Bronchialcatarrh und ebenso oft in Pleuritis und Pneumonie, ferner je 1 Mal in Recurrens und Parotitis, die letzte kam zur Vertheilung.

Die Milz war bei 16% unserer Scorbutiker leicht, bei 8% stark vergrössert, bei 74% normal in Grösse und Lage. In 9 Fällen wurde eine starke Vergrösserung der Leber hervorgehoben.

Die Herzaction war immer regelmässig, doch schwach, die Temperatur nie erhöht, in mehreren Fällen unter der Norm, der Puls weich, sehr oft retardirt und nie beschleunigt, es sei denn durch zufällige Complicationen.

Wichtig ist der Zustand der Digestionsorgane, Esslust war immer vorhanden, dabei häufiges Verlangen nach Kohl und scharfen sauren Speisen. Die Kranken verdauten gut, der Stuhl war eher verhalten als vermehrt, nur in den späten Stadien tödtlich endender Fälle finden wir hartnäckigen Durchfall als einen häufigen Begleiter des Scorbuts.

Der Urin erschien gelb, seltener rothgelb, klar ohne Sedimente, immer sauer, spec. Gew. 1006—1020, also nicht reich an festen Bestandtheilen.

Auch traten Abnahme des Fettpolsters und grosse Abmagerung nicht ein, trotz langer Dauer der Krankheit. Auskunft über das wechselnde Körpergewicht geben uns Wägungen, die Dr. Rieder, dem der grössere Theil der Scorbutiker zugewiesen war, angestellt hatte. Die meisten Kranken verloren in den ersten Wochen des Hospitalsaufenthalts an Körpergewicht, erst im 2. Monate nahm dieses wieder zu und zeigte in der Convalescenz oder nach erfolgter Genesung in 12 Fällen eine Zunahme von 1—3 Pfd., in 10 von 4—6 Pfd., in andern 10 von 7—10 Pfd., in 6 ferner von 15—16 Pfd., in 1 endlich ein Plus von 26 Pfd. (Typhus vorhergegangen). Das Gegentheil erlebten wir bei 15 Kranken, die trotz gutem Krankheitsverlaufe fortwährend an Gewicht verloren und selbst genesen die Einbusse noch

nicht ausgeglichen hatten und zwar von 1—3 Pfd. bei 7 Kranken, von 4—6 Pfd. bei 4, von 8—10 Pfd. bei 14, endlich sogar 26 und 30 Pfd. bei je 1 Kranken.

Wo dagegen stetige Abmagerung und Abnahme der Kräfte oder wenn auch seltener allgemeine Wassersucht auftraten, wurden sie grösstentheils durch Dickdarmcatarrh herbeigeführt, er bildete in solchen Fällen die häufigste, zugleich die verderblichste Complication und gewöhnlich die Todesursache. (Schluss folgt).

Referate.

J. Godnew (Kasan): Ueber das biliöse Typhoid. (Med. Westnik. № 41—45.)

Im Jahre 1865 wurden die ersten Fälle von Febris recurrens in Kasan constatirt, und seither ist sie endemisch, von Zeit zu Zeit einen epidemischen Charakter annehmend, so namentlich im Jahre 1879. Bisher war ihr Charakter ein gutartiger, gewöhnlich traten 2—3 Anfälle auf und liess sich die Durchschnittsdauer auf 18—20 Tage bestimmen, mit einer Mortalität von c. 4%. Seit dem Ende 1879 hat sich der Charakter jedoch wesentlich geändert, im November trat bei einem Patienten als Complication ein vereiternder Inguinalbubo auf und zeigten sich Fälle von biliösem Typhoid, welches bis dahin nur in einem einzigen Falle zur Beobachtung gekommen. Im Ganzen wurden in der Klinik des Professor Subotin 20 Fälle (bei 14 Männern und 6 Weibern) von biliösem Typhoid behandelt, die zur Hälfte aus des Mokraja-Strasse stammten, welche, vorherrschend von der ärmsten Klasse der Einwohner bewohnt, das Hauptcontingent an Recurrens liefert.

In der Hälfte aller Typhoiderkrankungen liessen sich Spirillen im Blut nachweisen und war der Verlauf durchweg ein schwerer, 12 Fälle endeten mit dem Tode.

Verf. bekennt sich zur Ansicht, dass das biliöse Typhoid und Recurrens nicht identisch, sondern verschiedene Krankheiten seien und sucht dieses durch folgende Punkte zu stützen:

1) Nachdem 15 Jahre lang Recurrens beobachtet, sind erst jetzt Fälle von biliösem Typhoid aufgetreten.

2) hält Verf. das bil. Typh. für nicht contagiös, wohl aber Recurrens.

3) Fast bei allen Fällen von bil. Typh. traten blutige Stühle mit Drängen auf, bei der gleichzeitig beobachteten Recurrens nicht.

4) In der Hälfte der Fälle von bil. Typh. fand man keine Spirillen.

5) bei der gewöhnlichen Recurrens tritt kein Icterus auf. (?)

6) Der Temperaturverlauf ist beim bil. Typh. nicht so ausgeprägt, ein Fall endete am 12. Tage letal, während die ganze Zeit über kein Temperaturabfall stattfand.

7) Beim bil. Typh. klagen die Patienten über besonders heftige Schmerzen in der Leber- und Magengegend. (?)

8) Beim bil. Typh. ist die Sterblichkeit eine viel bedeutendere und der Verlauf ein schnellerer.

(Dem Verf. scheint die Arbeit Moczutkovsky's über Recurrens, die im vorigen Jahre im Archiv f. klin. Med. XXIV, Heft 1 und 2 erschienen und in unserer Wochenschrift 1879 pag 401 (№ 44) seinerzeit referirt ist, unbekannt geblieben zu sein. M. hat durch Ueberimpfen von Blut biliös-typhoider Patienten einfache Recurrens erzeugt. Ref.) P.

M. Schuschljabin: Ein Mittel gegen Hämoptoë. (Wratschebnija Wedomosti 1880, № 444.)

In der Charkowschen therapeutischen Universitätsklinik wird bereits seit 1½ Jahren die Tinctura seminum cardui Mariae gegen Hämoptoë mit dem besten Erfolge angewandt. In der Mehrzahl der Fälle, in welchen andere blutstillende Mittel unwirksam blieben, sistirte diese Tinctur das Blutspeien, ohne dabei irgend welchen nachtheiligen Einfluss auf den Organismus zu haben. Bei Blutungen aus anderen Organen wirkte sie nicht so sicher als gerade bei Lungenblutungen. Die Dosis ist 40 Tropfen bis zu einem Theelöffel mehrmals täglich. Bf.

Raehlmann: Ueber die neuropathologische Bedeutung der Pupillenweite. (Volkmann's klin. Vortr. № 186. 1880.)

Die Weite der Pupille wird durch drei Factoren bedingt, den Lichtreiz, die Convergenz der Sehaxen bei der Accomodation und Erregungszustände des Sympaticus. Verf. betrachtet nach einer kurzen physiologischen Einleitung die Pupillenbewegungen in ihrem Zusammenhang mit neuropathologischen Zuständen und stellt folgende, practisch sehr verwerthbare Sätze auf:

I. Reaction auf Licht.

1) Reagirt auf Lichteinfall die beleuchtete Pupille nicht, wohl aber consensuell die andere, nicht beleuchtete, so ist der erstere Sehnerv leitungsfähig und beruht die Reactionslosigkeit der betreffenden Pupille auf einseitiger Lähmung des Pupillarastes des zugehörigen Oculomotorius oder auf irgend einer Affection der Iris selbst.

2) Reagiren die Pupillen trotz völliger Blindheit auf Licht, so liegt die Ursache dieser letzteren jenseits der Vierhügel, welche nach Meynert und Drouin direct mit dem Oculomotoriuskern zusammenhängen.

II. Reaction auf Convergenzbewegungen.

3) Reagiren beide Pupillen beim Convergiren der Augenaxen, so sind beide Oculomotorii zur Pupille leitungsfähig: die Pupillen verengern sich und ist es practisch, bei dieser Untersuchung den Kranken seine eigne Nasenspitze ansehen zu lassen.

4) Reagiren beide Pupillen weder direct noch sympathisch auf Licht, verengern sie sich aber bei Convergenzbewegungen, und ist dabei auf einem oder beiden Augen, wenn auch nur rudimentäres Sehvermögen erhalten, so liegt eine Leitungshemmung in den Fasern zwischen Oculomotoriuskern und Vierhügeln vor.

III. Reaction auf Innervationszustände des Sympathicus.

Nach einer kurzen aber erschöpfenden Mittheilung der durch die Physiologen ermittelten, auf Erregungszuständen des Sympathicus beruhenden Veränderungen der Irisbewegungen, kommt Verf. zum Schlusse, dass die mittlere Pupillenweite besonders von der Stärke der Erregung abhängt, welche auf sensiblen Bahnen und durch psychische Reize im Halsmarke auf den Sympathicus übertragen werden, bei geringen Reizen ist die Pupille eng, bei stärkeren weit. In pathologischer Beziehung ist zu bemerken, dass

5) bei körperlich geschwächten, nervösen Personen und maniacalischen Kranken oft ungewöhnlich weite Pupillen beobachtet werden, letzteres tritt so constant auf, dass enge Pupillen als ominöses Symptom nachfolgender Paralyse betrachtet werden. Auch tritt bei diesen Zuständen, so wie bei Hysterischen und Epileptischen ein rhytmischer Wechsel in den Pupillen unabhängig von Lichteinfall und Sehaxenconvergenz auf;

6) enge Pupillen allen, eine Herabsetzung der Corticalfunctionen, besonders bei der Dementia paralytica, herbeiführenden Erkrankungen eigenthümlich sind.

7) Myose ist besonders häufig bei Krankheiten des Rückenmarks und der Medulla oblongata anzutreffen — spinale Myosis; bei Tabes dorsalis ist die enge Pupille gegen Lichtreiz vollkommen unempfindlich, reagirt aber bei Convergenzbewegungen sehr gut.

8) Veränderungen der mittleren Pupillenweite hängen von der zeitweiligen Innervation des Sympaticus ab, eine Reizung dieses letzteren in seinem peripheren Verlauf oder seines Cervicalganglions verräth sich durch Pupillenerweiterung (Hemicranie, Bleikolik, Basedow'sche Krankheit, Darmreiz bei Kindern.)

9) Weite Pupillen treten als sehr charakteristisches Zeichen behinderter Athmung durch Wirkung der Kohlensäure auf das verlängerte Mark auf, so bei Keuchhusten, Erbrechen, eclamptischen und epileptischen Anfällen, der Geburtswehen, bei Phthisikern. Von Bedeutung ist diese Erscheinung bei der Chloroformnarcose; Verengerung der Pupillen ad maximum zeigt an, dass der höchste Grad der Narcose erreicht ist, bei Einwirkung sensibler Reize beweist eine Dilatation der Pupillen, dass der Kranke erwacht; werden aber diese während fortdauernder Chloroformwirkung plötzlich weit, so droht Erstickungsgefahr durch Kohlensäurevergiftung.

10) Die Pupillen sind erweitert bei Hirndruck, bei Hirntumoren mit Stauungspapille, bei chronischem Hydrocephalus, Blutergüssen in die Schädelhöhle, einfacher Ueberfüllung der Hirngefässe.

11) Differenz in der Weite der normal beweglichen Pupillen deutet auf eine unregelmässige Innervation des Sympathicus, welche ihren Grund entweder in einem den Nerven in seinem peripheren Verlauf treffenden oder einer von den centralen Verbindungen in Gehirn und Rückenmark auf ihn übertragenen Reiz hat. Atropineinträuflung entscheidet im gegebenen Falle, ob eine Lähmung oder eine Reizung bei Pupillendifferenz vorliege; bei ersterer wird eine sehr geringe, bei letzterer eine sehr bedeutende Erweiterung hervorgerufen.

Einseitige Mydriasis bei beweglicher Pupille ist ein verhängnissvolles Symptom drohender Gehirnkrankheiten, während eine solche bei reactionsloser Pupille (Oculomotoriuslähmung) nicht von grosser Bedeutung ist. Die einseitige Erweiterung der gut reagirenden Pupille spricht immer für einseitige Sympathicusreizung und ist, besonders wenn bald die eine, bald die andere Pupille sich erweitert, von übelster Prognose. Die auf Sympathicusreizung beruhende erweiterte Pupille reagirt schwach auf Licht, verengt sich aber bei Convergenzbewegung und unterscheidet sich dadurch von der, durch Oculomotoriuslähmung bedingten Mydriasis und besteht ausserdem bei ihr eine völlig intacte Accomodation. — Die Pupillendifferenz findet sich sehr oft bei Geisteskranken, namentlich bei Paralytikern und Dementen. Hz.

Prof. Lichtheim: Resorcin als Antipyreticum. (Corresp.-Bl. f. schweiz. Aerzte. 1880. № 14.)

Jaenicke: Ein Beitrag zur Wirkung des Resorcin. (Bresl. ärztl. Zeitschr. 1880. № 20.)

Das Resorcin wird von Lichtheim, der eine grosse Zahl von Versuchen über dessen therapeutische Wirkung angestellt hat, als ein «Antipyreticum von mächtigem Effect» bezeichnet. 2,0 bis 3,0 Grm. Resorcin in Lösung oder in Substanz hochfiebernden Kranken eingegeben, bewirken schon nach wenigen Minuten Schwindel und Ohrensausen, Röthung des Gesichts, Beschleunigung der Respiration, Zunahme der Pulsfrequenz, meist auch etwas Unregelmässigkeit des Pulses und abundante Schweisssecretion, die ca. 30 Minuten nach

Einverleibung des Mittels den Höhepunkt erreicht. Nun lassen die Excitationserscheinungen nach (Schwindel und Ohrensausen sind meist schon vorher verschwunden) und je stärker die Schweissproduction war, um so grösser ist der Temperaturabfall, bei Abdominaltyphen bis auf 3° und mehr; die Pulsfrequenz ist um mehr als ein Drittel gesunken, das Allgemeinbefinden des Kranken vortrefflich. Die Dauer der Wirkung ist aber eine geringe; schon 2—4 Stunden nach Darreichung des Resorcin geht unter Frostgefühl, das sich zu lebhaftem Schüttelfrost steigern kann, die Temperatur steil in die Höhe, die Pulsfrequenz nimmt zu und bald ist der Zustand der Kranken wie zuvor. Irgend welche längerdauernde störende Nachwirkungen des Resorcin hat L. bei keinem seiner Kranken beobachtet und niemals Collapserscheinungen eintreten gesehen. Ohne die Möglichkeit der letzteren in Abrede stellen zu können, glaubt L. dass sie zu den grössten Seltenheiten gehören müssen, da der durch das Resorcin ausgelösten Pulsverlangsamung auch eine Steigerung des arteriellen Drucks entspricht. Der nach der Resorcin-Darreichung ausgeleerte Harn wird an der Luft rasch dunkelbraunschwarz und ist eiweissfrei, wenn nicht schon vorher Albuminurie bestand.

Trifft die obige Schilderung der Resorcinwirkung für die Mehrzahl der Kranken zu, so hat L. doch in einer nicht geringen Anzahl von Fällen weniger eclatante Effecte zu verzeichnen gehabt. Zwar hat ihm das Resorcin auch bei den hartnäckigsten Fiebern nie ganz versagt, jedoch fand er, dass je schwächer die Neigung zu spontanen Remissionen, um so geringer die Entfieberung ist; daher bei Pneumonien und Erysipelen gewöhnlich nur bis zu 1°. Auch äusserten sich in einer nicht geringen Anzahl von Fällen die Hirnerscheinungen im Excitationsstadium in sehr viel ernsterer Weise; rauschähnlicher Zustand, lallende, schwerverständliche Sprache, Delirien, Wahnvorstellungen, häufig convulsivisches Zittern der Hände und Finger und stöhnende Exspiration. Alle Versuche des Verf. — rasch auf einander folgende Verabreichung kleinerer Gaben (bis zu 10,0 Grm. in stündlichen Grammdosen), Combination des Resorcin mit Chinin, mit Salicylsäure, mit kalten Bädern —, um die genannten Nebenwirkungen ohne Beeinträchtigung des antipyretischen Effects zu vermeiden, sind erfolglos geblieben. Doch sind die Versuche nicht zahlreich genug, um für abschliessend gelten zu können. Jede specifische Einwirkung auf Pneumonien, Erysipel, Abdominaltyphus und Polyarthritis rheumatica wird dem Resorcin von L. abgesprochen. Dagegen scheint es ihm ein Wechselfieberantidot zu sein (2 Fälle). Bei nicht Fiebernden ist das Resorcin in den oben angegebenen Dosen wirkungslos. Mittheilungen über die antiseptische Wirkung des Resorcin liegen seitens des Verf. nicht vor, doch soll es nach Andeer[1]) in Würzburg auch in dieser Hinsicht von grosser Bedeutung sein.

L's Aufforderung, die Resorcinwirkung ferner zu prüfen, hat Jaenicke in Breslau Folge geleistet und berichtet über die in Biermer's Klinik angestellten Versuche. Dort wurde bei Verabreichung des Resorcin zu 0,5 Grm. pro dosi, zuerst ½stündlich, später stündlich, bis zu 4,0 Grm., eine Temperaturherabsetzung von 1°—1,5° erzielt, welche 2 bis 3 Stunden anhielt. Da hierbei üble Nebenwirkungen fehlten, wurden allmählig grössere Dosen angewendet: stündlich 1,0 Grm. bis zu 5 Dosen, später 2,0 Grm. als erste Dosis mit nachfolgenden stündlichen Grammdosen, ebenfalls bis 5,0 Grm. Hierbei liessen sich 2 Reihen von Fällen unterscheiden: a) geringe Entfieberung von höchstens 2stündiger Dauer, dann Ansteigen der Temperatur gewöhnlich höher als vorher und b) Temperaturabfall fast bis zur Norm und unter dieselbe, worauf der Kranke meistens sofort zu frieren begann, livid verfärbt erschien, der Puls klein, fadenförmig, fast unfühlbar wurde, und unter einem mehr oder minder heftigen *Schüttelfrost* von ¼ bis 1½stündiger Dauer die Temperatur zu einer Höhe anstieg, welche die ursprüngliche oft bedeutend übertraf. Der Harn, welcher wie bei Carbolresorption schon nach 2 Stunden intensiv schwarzbraun verfärbt war, bot noch in bedeutender Verdünnung die Phenolreaction mit Liq. ferri sesquichlorat. dar. Die Eigenartigkeit der Wirkung veranlasste J. sich nach einem Analogon umzusehn und er findet ganz ähnliche Erscheinungen bei geringen Graden von Carbolvergiftung, wie solche von Küster (Arch. f. klin. Chirurg., Bd. 23) beschrieben sind.

Die Wirkungslosigkeit von grossen Gaben Resorcin bei gesunden Menschen, welche von J. bestätigt wird, spricht nicht gegen die erwähnte Analogie, da Schwächung des Körpers durch Fieber das Auftreten von Intoxicationserscheinungen zu begünstigen scheint.

J. will das Resorcin *in grossen Dosen* ferner nicht angewandt wissen, da der Nutzen einer kurzdauernden Entfieberung durch die nachfolgende stärkere Temperatursteigerung wieder aufgehoben wird. Bei 2 Fällen von Intermittens tertiana, welche in der Apyrexie Resorcin erhielten, blieben die Anfälle aus und kehrten während 10tägiger fernerer Beobachtung nicht wieder.

Nienhaus[2]), Apotheker in Basel, schlägt vor die Versuche auch auf die beiden Isomeren des Resorcin, auf das *Brenzcatechin* und das *Hydrochinon* auszudehnen. Alle drei Körper haben die Zusammensetzung $C_6 H_4 (OH)_2$; äusserlich unterscheiden sie sich durch den Schmelzpunct. Brenzcatechin schmilzt bei 102°, Resorcin bei 110° und Hydrochinon bei 109°. Vielleicht würde man auch zu günstigeren Resultaten kommen, meint Nienhaus, wenn man die Oxysalicyl- oder die Protocatechinsäure verwendete. Letztere stehen im gleichen Verhältniss zum Resorcin, resp. Brenzcatechin wie die Salicylsäure zum Phenol. B—i.

[1]) Einleitende Studien über das Resorcin zur Einführung in die practische Medicin.

[2]) Correspondenzbl. f. schweiz. Aerzte, № 17. 1880.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

R. Godeffroy: Compendium der Pharmacie. Chemisch-pharmaceutische Präparatenkunde. Wien 1880.

Uns liegt die 5. und 6. Lieferung dieses im Erscheinen begriffenen Compendiums der Pharmacie vor. Aus beigefügtem Prospect dieses Werkes entnehmen wir, dass dasselbe in 5 Hauptabschnitte zerfallen soll: I. Einleitung. II. Specieller Theil: a) Metalloide, b) Metalle, c) Kohlenstoffverbindungen. III. Analytischer Theil. IV. Sammlung der nothwendigsten Apothekergesetze und V. Sammlung von Vorschriften zur Darstellung nicht officineller vorpharmaceutischer Präparate. Zur vollkommenen Berechtigung des Titels «Compendium der Pharmacie» vermissen wir einen integrirenden Theil der Pharmacie — nämlich die Pharmacognosie — und es würde somit (nach Ausschluss der erwähnten Apothekergesetze) die Benennung des Werkes Compendium der pharmaceutischen Chemie entsprechender sein. Doch sind wir zur Annahme berechtigt, dass der Prospect vom Verleger eingeschaltet ist und sich nur auf den Theil der chemisch-pharmaceutischen Präparatenkunde bezieht.

Dr. Godeffroy, der uns in der Literatur durch Arbeiten von hoher wissenschaftlicher Bedeutung bekannt ist, hat auch in diesem Compendium dem behandelten Stoff einen wissenschaftlichen Character gegeben, so dass dieses Compendium ein Lehrbuch darstellt, in welchem ein bestimmter systematischer Gang eingeschlagen ist zum grossen Gegensatz der meisten ähnlichen Werke, die ihr Material in alphabetischer Reihenfolge abhandeln. Obwohl ein vollständiges Urtheil über das Werk erst möglich ist, wenn dasselbe ganz abgeschlossen erschienen ist, so ist doch aus Vorliegendem bereits ersichtlich, dass der Verf. es verstanden hat das Material mit Geschick und Sachkenntniss zu behandeln. Da Verf. zudem den neueren Errungenschaften der Wissenschaft gewissenhaft folgt, so bildet dieses Compendium ein willkommenes Handbuch für Apotheker und Aerzte und ein gediegenes Lehrbuch für Studirende. Pl.

Julius Trapp: Receptur. 2. Aufl. 1880. (russ.)

Der Name von Trapp, der uns Allen als Autor verschiedener Lehrbücher und wissenschaftlicher Arbeiten auf dem Gebiete der Pharmacie, wie auch als Professor bekannt, bietet genügende Garantie für den Werth des vorliegenden Lehrbuches der Receptur. Abweichend von dem gewöhnlichen Inhalt eines solchen Handbuches richtet der Verf. sein Augenmerk auch auf die richtige Aussprache der in der Medicin gebräuchlichen lateinischen und griechischen Worte. Wir finden hier eine Menge von Beispielen, die den Beweis liefern, dass viele Worte fast stets falsch betont werden, so z. B.

sagt man Atrophīa statt Atrophĭa
« « Anaemīa « Anaemĭa
« « Eczēma « Eczĕma
« « Cachexīa « Cachexĭa
« « Arcānum « Arcănum
« « Atrōpa « Atrŏpa

Der Verf. hat sich die Mühe gegeben, die Quantität der Sylben überall anzugeben. Wenn auch das Sprichwort Morbus autem non eloquentia, sed remediis curari seine Berechtigung hat, so ist das richtige Aussprechen doch gewiss wünschenswerth, denn bei uns in Russland ist der Spruch: Nos Poloni non curamus quantitatem syllabarum nicht nur auf die Polen zu beziehen, wie obenerwähnte Beispiele bezeugen. Der Umstand, dass die I. Auflage in weniger als 4 Jahren vergriffen ist, spricht gewiss auch dafür, dass dieses Buch den zu stellenden Anforderungen in reichem Maasse entspricht. Pl.

Russische medicinische Literatur.

№ 11. **Klinitscheskaja Gaseta** (Klinische Wochenschrift), unter der Redaction von Prof. S. Botkin und Docent N. Sokolow. № 1.
Inhalt: a. Prof. S. Botkin: Vorwort.
b. Prof. E. Bogdanowski: 2 Fälle von Entfernung tracheotomischer Canülen, welche in die Luftröhre gefallen waren.
c. W. Bechterew: Ein Fall von localer Atrophie der Gehirnoberfläche, welche Krampfanfälle mit Verziehung der Augen und des Kopfes nach der einen Seite bewirkte. (Aus der Klinik des Prof. Mierzejewski.)
d. S. Lebedew: 2 Fälle von einseitiger Nierenatrophie, complicirt mit Erkrankungen des Herzens. (Aus der Klinik des Prof. Tschudnowski.)

№ 12. **Wratsch.** 1881. № 2.
Inhalt: a. W. Tschugin: Ueber die Untersuchung des Marktbrotes. (Schluss.)
b. H. Idelson: Zur Frage über die Schwangerschaftsdauer. (Forts.)

c. Prof. A. Makejew: Becken einer Mehrgebärenden mit einer Neubildung an der vorderen Wand desselben.
d. Sajazki: Bericht über die gynäkologische Abtheilung im Golizyn-Hospital in Moskau pro I. Halbjahr 1880.
e. A. Petrowski: Ein Fall von Perforation des Darmes durch einen Spulwurm.
f. L. Ljetnik: Ein Fall von Schanker der Mandel.

№ 13. **Wratschebnija Wedomosti.** № 453.
Inhalt: a. P. Uspenski: Ueber Neurosen.
b. G. Rodionow: Ein Fall von Milzabscess in Folge von Malaria.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Dr. Paul Börner's Reichs-Medicinal-Kalender für Deutschland in 2 Theilen, für 1880 u. 1881. Th. Fischer. Kassel.
— Medicinisch-Chirurgisches Centralblatt. № 1.
— Paris médical. № 1.
— Prager medicinische Wochenschrift. № 1.
— Leitfaden für die Geschäfts- und Buchführung des practischen Arztes von Dr. A. Steinbach. Th. Fischer. Kassel 1880.
— Le réveil médical. Journal international de médecine, de chirurgie et de pharmacie, rédig. par E. Labbée. № 1. Paris 1881.
— Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik des Juliushospitals in Würzburg von Dr. Fehleisen. (Sep.-Abdr. aus «Deutsch. Zeitschr. für Chirurgie»).
— Journal für Hydrotherapie und russische Mineralwässer. Monatschrift von E. Lewiss. (russ.) № 1. Ed. Hoppe. St. Petersburg 1881.

Tagesereignisse.

— Dr. J. Boehm, Ordinator am Peter-Paul-Hospital hierselbst, ist am Typhus exanthematicus gestorben.

— Der Docent Dr. L. Popow, dem unlängst an Prof. Eichwald's Stelle die Vorlesungen über specielle Pathologie und Therapie an den weiblichen medicinischen Cursen übertragen wurde, ist, wie aus Warschau gemeldet wird, zum Nachfolger des verstorbenen Prof. Lewizki an der Warschauer Universität gewählt worden.

— Das Bezirksgericht in Odessa h t zwei barmherzige Schwestern, Sokolowa und Wengrshinowskaja, erstere zu 7 Tagen Polizeiarrest, letztere zu 7 Tagen Gefängnisshaft dafür verurtheilt, dass die Wengrshinowskaja der Sokolowa statt Chinin's Carbolsäure gegeben und letztere diese Säure einem Kranken im Stadthospital eingegeben hatte, wodurch der Tod desselben herbeigeführt wurde. (Molwa — Wratsch.)

— Am 24. December a. pr. beging der praktische Arzt Staatsrath Dr. Gramkau in Mitau sein 50jähriges Doctorjubiläum G. hat 1825—26 in Dorpat Medicin studirt, die Doctorwürde aber im Jahre 1380 in Wilna erhalten, worauf er sich als practischer Arzt in Mitau niederliess. Die Dorpater Universität übersandte dem Jubilar ein seine Verdienste anerkennendes Schreiben, von den Collegen wurde ihm eine Adresse überreicht. Den Schluss der Feier bildete ein Festessen, das zu Ehren des Jubilars von den Aerzten und Apothekern Mitau's veranstaltet wurde.

— Vor Kurzem fand in Paris eine *Versammlung von Impfgegnern* aus Frankreich, England, Deutschland, Belgien, Holland und der Schweiz statt, behufs Bildung einer *internationalen Liga gegen den Impfzwang.* Zum Präsidenten wurde Dr. Hubert Boëns, Mitglied der medicinischen Academie zu Brüssel, gewählt, zum Vicepräsidenten Prof. Adolf Vogt (Bern) und zum Secretären Dr. E. Labbée, Redacteur des Journals «Réveil medical», welches als Organ der Liga dienen soll.

— Der Professor der pathologischen Anatomie in Zürich. Dr. Eberth hat einen Ruf an die Universität Halle erhalten und angenommen.

— Der Gynäkologe, Professor Dr. Kehrer in Giessen siedelt nach Heidelberg über, wo er Lange's Professur übernimmt.

Miscellen.

— Für das *Pirogow-Stipendium* sind bereits gegen 7000 Rbl. gesammelt worden.

— Die Zahl der diplomirten Aerzte in der Schweiz betrug zu Anfang dieses Jahres 1441, während im Jahre 1878 noch 1479 Aerzte und i. J. 1875 — 1544 Aerzte vorhanden waren.

— Wir haben in der heutigen Nummer wiederum einen erfreulichen Zuwachs in der russischen med. Journalistik zu verzeichnen. Es ist nämlich von der kürzlich angekündigten med. Zeitschrift in russischer Sprache unter dem Titel: «**Еженедѣльная клиническая газета**» (Klinische Wochenschrift) bereits die erste № erschienen und uns soeben zugegangen. Herausgeber und Redacteur derselben ist Prof. S. Botkin, der als Kliniker und einer der hervorragendsten Repräsentanten der wissenschaftlichen Medicin in Russland auch über die Grenzen dieses Reichs hinaus wohlbekannt ist; als Mitredacteur zeichnet der Docent an der med.-chirurg. Academie, Dr. N. Sokolow.

In einem Vorwort zu der 18 Seiten umfassenden ersten Nummer, welche sich durch handliches Octavformat und guten Druck auszeichnet, spricht sich Prof. Botkin zunächst über die Aufgabe und die Ziele des neuen Journals aus. Ein möglichst objectives und wohlbewusstes Verhalten zu jedem vorkommenden Krankheitsfalle, welche ja die Grundbedingung der Ausbildung des Arztes und damit zugleich der praktischen Medicin ist, soll auch die leitende Grundidee der neuen Wochenschrift sein, welche sich die Förderung der klinischen Medicin zum Ziel gesetzt hat. Indem die Redaction die Spalten ihres Journals den Collegen zu Mittheilungen vorzugsweise über klinische Casuistik zur Verfügung stellt, hofft sie dadurch das klinische Material eines jeden Arztes zu bereichern und die Wissensschätze der Einzelnen zum Gemeingut Aller zu machen. Leider lehre die Erfahrung, dass in der russischen med. Zeitungspresse die Mittheilsamkeit der Collegen, was klinische Casuistik anbetrifft, eine sehr karge sei. Der Hauptgrund dieser Erscheinung liege in den Ansichten der Aerzte über klin. Casuistik, welcher sie nicht die Bedeutung, die ihr zukommt, beimessen, indem sie ausser Acht lassen, dass die Casuistik die Grundlage der praktischen Medicin und die beste Schule des praktischen Arztes ist. Eine gute Casuistik könne eine Klinik ersetzen. Der gewöhnlichste Krankheitsfall, wenn er wissenschaftlich gut durchgearbeitet ist, bringe der Wissenschaft mehr Nutzen, als irgend eine pathologische Rarität, welcher man gewöhnlich ein besonderes Recht, mitgetheilt zu werden, vindicire. Das Belehrende und Interessante des einen oder anderen Falles bestehe nicht in seiner Seltenheit, sondern vielmehr in der wahrheitsgetreuen Darlegung und wissenschaftl. Verarbeitung desselben. Eine andere Ursache der zurückhaltenden Mittheilsamkeit sei die Furcht davor, etwas nicht genug Interessantes, nicht hinlänglich Durchgearbeitetes mitzutheilen und die Furcht vor der Kritik, die bei uns zuweilen eine übermässig strenge sei und dadurch häufig nicht nur von Mittheilungen für den Druck, sondern auch von mündlichen Mittheilungen in gelehrten Gesellschaften abschrecke. Unstreitig sei ein kritisches Verhalten gegen wissenschaftl. Mittheilungen von grossem Nutzen, nur wäre es wünschenswerth, dass die Kritik mehr objectiv, ruhig und ohne persönliche Anzüglichkeiten geübt würde.

Diesem Programm entsprechend, werde dieses Journal vorzugsweise der klinischen Casuistik gewidmet sein, aber auch Mittheilungen aus den verschiedenen Hülfswissenschaften, soweit sie auf praktisch-medicinische Fragen angewandt werden, bringen. Für Referate solle, da bereits gute Specialorgane für dieselben existiren, nur ein sehr bescheidener Raum im Journal zugemessen und daher nur besonders Hervorragendes aus der medicin. Literatur referirt werden.

Ausser diesem Vorwort enthält d. I. № an Original-Aufsätzen: 1) Zwei Fälle von Entfernung tracheotomischer Canülen, welche in die Luftröhre gerathen waren, von Prof. E. Bogdanowski; 2) Einen Fall von localer Atrophie der Gehirnoberfläche, welche Krampfanfälle mit Verziehung der Augen und des Kopfes nach einer Seite bewirkte, von Dr. W. Bechterew und 3) Zwei Fälle von einseitiger Nierenatrophie, complicirt mit Herzkrankheiten, von Dr. S. Lebedew.

Der Name des Herausgebers, aus dessen Klinik eine stattliche Reihe beachtenswerther wissenschaftlicher Arbeiten hervorgegangen, von denen eine nicht geringe Anzahl auch in den 5 Jahrgängen unserer Wochenschrift enthalten sind, bürgt dafür, dass die neue klinische Wochenschrift einen hervorragenden Platz in der russischen medicinischen Presse einnehmen und beifällige Aufnahme in ärztlichen Kreisen finden wird. Unsererseits wünschen wir ihr den besten Erfolg. Bf.

Personal-Nachrichten.

Amtliche.

— *Ausländischer Orden:* S. M. der Kaiser hat dem wirkl. Staatsrath Dr. med. Wywodzew, consultirenden Mitglied des militärmedicinischen gelehrten Comites, das ihm von S. M. dem König von Italien verliehene *Commandeurkreuz des Ordens der Krone von Italien* anzunehmen und zu tragen gestattet.

— *Befördert: Zum Collegienrath:* Der ält. Schiffsarzt der 1. Flottenequipage, Brandt, und d. ält. Ord. des Kronstädter Marinehospitals, Michelson.

Vacanzen.

— *Die Stelle des Jeweschen (Estland) Kirchspielarztes* wird am 10. Juni d. J. vacant. Auf dieses Amt reflectirende Aerzte werden ersucht sich an Herrn Cramer — Vorsteher des Jeweschen Doctorvereins — in Haackhof per Stat. Isenhof zu wenden.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs

für die Woche vom 28. Dec. 1880 bis 3. Januar 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 628 (Todtgeborene 28). Durchschnittliche Sterblichkeit der Woche, für

das ganze Jahr berechnet, beträgt 48,75 pro Mille der Einwohnerzahl, ohne Zugereiste aber 47,43.

Zahl der Sterbefälle:
1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
384	244	628	117	33	84	15	10	30	62	78	66	55	34	28	12	4

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 8, Typh. abd. 21, Febris recurrens 8, Typhus ohne Bestimmung der Form 16, Pocken 3, Masern 3, Scharlach 5, Diphtheritis 5, Croup 1, Keuchhusten 8, Puerperalkrankheiten 6, Dysenterie 1, Milzbrand 1.

— Gehirnapoplexie 13, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 28, acute Entzündung der Athmungsorgane 83, Lungenschwindsucht 111, Gastro-intestinal-Krankheiten 103, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 36, Marasmus senilis 18, Pyämie und Septicämie 3.

— Tod durch Zufall 4, Selbstmord 4.

— Andere Ursachen 139.

Berichtigung.

In № 2, S. 19, Sp. 2, Zeile 37 v. oben statt «*geschäftliche*» lies: «*geschichtliche*».

Nächste Sitzung des allgem. Vereins St. Petersburger Aerzte, Dienstag den 27. Januar 1881.

Nächste Sitzung d. deutschen ärztlichen Vereins, Montag d. 19. Januar 1881.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 16 Января 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh. Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland $22^1/_2$ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 4. St. Petersburg, 24. Januar (5. Februar). 1881.

Der Scorbut im Jahre 1880.

Nach Beobachtungen aus dem Obuchow-Hospitale

von

Dr. F. Herrmann.

(Schluss.)

Der Scorbut verlief immer langsam und seine Heilung erforderte gewöhnlich Monate. Es genasen oder wurden bedeutend gebessert entlassen in 1 Monate 49 Kranke; in in 2 Monaten 60; in $2^1/_2$ Monaten 20; in 3 Monaten 19; in 4—6 Monaten 20. Noch heute liegen 4 Kranke nach 4, 6, 8 und 9 Monaten im Hospitale, die durch Contractur des Knie- und Fussgelenks zurückgehalten werden.

Demnach betrachten wir die letzte Epidemie als gutartig; die Mortalität betrug 15,80%; es starben 37 Männer und 1 Frau und zwar 12 im Juli, 7 im Juni, je 5 im April und August und je 3 im Februar, März und Mai, im Januar keiner.

Zu allen Zeiten haben Aerzte und Laien den geringen Werth unserer sogenannten antiscorbutischen Arzeneien eingestanden und das grössere Heil in zweckmässiger Hygieine gesucht; leider stösst sie gerade in Krankenhäusern auf grosse Hindernisse. Unsere Räume sind überfüllt, es fehlt an Licht und Luft; die Kost ist etwas einförmig, quantitativ und qualitativ mangelhaft; den Appetit anregende Genussmittel fehlen, unser karges Budget zwingt uns mit Citronen, Wein und selbst Branntwein sparsam zu sein, Zwiebeln und Meerrettig müssen aushelfen!

Glücklicher Weise fällt die Höhe des Scorbuts in die bessere Jahreszeit, in den Sommer, der günstigen Gestaltung des letzten verdanken wir wohl den milderen Charakter der letzten Epidemie.

Unsere Kranken lagen in einem hölzernen Flügel des Gartens, den schwersten hatte ich einen geräumigen, der Morgen- und Mittagssonne zugängigen Korridor zugewiesen, einige Schritte führten die Kranken ins Freie, wo sie so viel als möglich ihre Zeit auf Bänken oder Betten im Garten zubrachten.

Da wir in der Therapie des Scorbuts der Ernährung die grösste Bedeutung zuerkannt, sei es mir erlaubt den Nährwerth unserer Hospitalportionen zu untersuchen. Zur Erhaltung eines kräftigen Mannes gehören nach den neuen Münchener Arbeiten täglich in runden Zahlen $^1/_2$ Pfd. Fleisch, $2^1/_2$ Unzen Fett und über 2 Pfd. Brod. Diesen Anforderungen entsprechen unsere erste und die sogenannte antiscorbutische Portion keineswegs, obgleich ihr Kostenpreis unsern gesetzmässigen Mittelpreis weit übersteigt. Wenngleich nun beim kranken Menschen die grössere Muskelarbeit wegfällt, der Albuminverbrauch in Folge dessen geringer ist, so erfordert doch die Auffrischung des kranken Bluts, der Aufbau neuer Organbestandtheile gewiss eine quantitativ und qualitativ reiche Nahrung. Leider halten unsere Kranken in 24 Stunden nur eine Mahlzeit, die 1. Portion giebt neben der Kohl-, Erbsen-, Beeten- oder Graupensuppe per Kopf nur 42 Solotnik gebratenen Fleisches, Sonntags gar nur 24, das Minus sollen an diesem Tage gebratene Kartoffeln ersetzen, zugleich einige Abwechselung bringen. Noch grösser ist der Mangel an Fett, indem nur $^1/_4$ der obengeforderten Quantität der Abendgrütze zugesetzt wird. Von Roggenbrot erhält der Kranke je nach Ermessen des Arztes 1—2 Pfd., dieses Quantum scheint auszureichen, ein grösseres möchte ein kranker Mensch kaum bewältigen können. Unsere Hospitalkost ist also arm an Fleisch, arm an Fett, die Quantität des ersten, seit Jahren unzureichend, ist bei den gegenwärtigen hohen Preisen noch mehr herabgesetzt worden.

Den in letzter Zeit in den Handel gekommenen frischen Fleischsaft glaubte ich als Nahrungs- und Arzeneimittel betrachten zu können und verordnete ihn 2 anämischen, schwachen Knaben, die an Rippenlösung litten; es wurden 6 Unzen per Kopf 14 Tage lang gereicht, gern genommen und gut vertragen, doch liess sich kein deutlich günstiger

Einfluss in der kurzen Zeit wahrnehmen, von einem längeren Gebrauche musste ich der Kosten wegen abstehen.

Gegen die Allgemeinerscheinungen wurde von Arzeneien ein sehr bescheidener Gebrauch gemacht, gegen die lokalen nach Massgabe ihrer Gravität energisch vorgegangen.

Die meisten Kranken nahmen unsere Calmus, Spiritus cochleariae, Turiones pini und Mineralsäuren enthaltende Mixtura antiscorbutica, weniger häufig wurden der weinige Chinarindenaufguss und Eisentinkturen gegeben, den letzten kann ich, nach früheren und gegenwärtigen Erfahrungen keinen besonderen Werth zuerkennen. Als den grössten Nutzen bringend, beinahe als Specifica betrachte ich Citronen, Wein und besonders Branntwein, welche so viel als möglich angewendet wurden. Gegen die lokale Mundaffection scheint es vortheilhaft, mit schleimig-aromatischen Mundwässern zu beginnen und später erst zu den rein adstringirenden überzugehen. Bei grösseren Wucherungen des Zahnfleisches genügten Aetzungen mit dem Lapisstifte, hartnäckige übergrosse Wucherungen, welche die Abtragung mit dem Messer verlangt hätten, kamen in diesem Jahre nicht vor.

Gegen die Rippenlösungen wurden nach der alten Samson'schen Methode, fingerbreite Vesikatorstreifen wiederholt auf die getrennten Rippenfragmente gelegt; Zweck ist nicht starke Eiterung, sondern andauernde Reizung, um die Resorption des unterm Periost angesammelten Blutes zu befördern.

Eine schwere Aufgabe für die Therapie bilden die ausgebreiteten Ecchymosen und Sclerosen in den unteren Extremitäten. Gewöhnlich wurden die ergriffenen Glieder mit brenzlichem Holzessig Wochenlang fomentirt; da der Erfolg zweifelhaft blieb, schlugen wir später ein anderes Verfahren ein. In der Hoffnung, die starren Exudate durch feuchte Wärme und centripetalen Druck zu erweichen und der Aufsaugung geneigt zu machen, griffen wir zu Dampfbädern und zur Massage. Beide können wir bestens empfehlen, sie leisten, unterstützt von günstigen hygieinischen Verhältnissen und Zeit, gegen hartnäckige Sclerose mehr als andere Manipulationen. Leider waren wir gezwungen, in Ermangelung geeigneterer Menschen, die Massage den Kranken selbst zu überlassen; in Folge dessen wurde sie nicht immer mit der nöthigen Umsicht, Energie und Ausdauer durchgeführt, gegenwärtig haben die barmherzigen Schwestern diese Aufgabe übernommen.

Noch hartnäckiger erweisen sich die Contracturen im Knie- und Tibiotarsalgelenke, bei einem dieser Kranken wurde die periphere Faradisation versucht, nicht als Sporn für die paralytischen Antagonisten, sondern als ein, die Resorption beförderndes Mittel; wenig Erfolg versprechend wurde sie bald abgebrochen. Bedeutend mehr leistete die von Dr. Rieder versuchte anhaltende Streckung des contrahirten Gliedes, zwar traten bei Zug durch 10 Pfd. Sand — Schmerzen in der Patella und dem Fussgelenke mit geringer Schwellung der Schleimbeutel des Quadriceps ein, doch schwanden sie in kurzer Zeit und das Monate lang im rechten Winkel gebogen gewesene Knie erschien nahezu gerade gestreckt. Wenn die Streckung zu früh aufgehoben wird, scheint das alte Leiden wieder aufzutreten.

Ein Fall von primärem Pankreaskrebs.

Von

Dr. W. Kernig.

Tatjana Tichanowa, 53 Jahr alt, Tagelöhnerin, trat am 4. Mai 1880 in das Obuchow'sche Hospital. Als Anamnese gab sie nur an, seit dem Januar dieses Jahres abwechselnd an Durchfall und Verstopfung zu leiden, Erbrechen wollte sie nie gehabt haben.

Der Status praesens ergab an der mittelgrossen, gutgebauten, in ihrer Ernährung mässig reducirten Person vor allen Dingen einen intensiven Icterus mit einem leichten Stich ins Bräunliche, sodann geringes Oedem der Füsse und der Bauchhaut, mässigen Ascites. Umfang des Unterleibes in der Nabelhöhe im Liegen 85 Cm. Die Leber überragte sowohl in der Mamillar- wie in der Mittellinie den Rippenrand um 2 Fingerbreit, ihr Rand war auffallend deutlich fühlbar, hart, aber vollkommen glatt. Die Leberdämpfung maass in der Mamillarlinie 11 Cm., in der Mittellinie $10^1/_2$ Cm. Die Milz mässig vergrössert, ihre Dämpfung in der Axillarlinie 9 Cm., von vorn nach hinten $17^1/_2$ Cm. Am Herzen und an den Lungen objektiv keine Abweichung, obgleich Patientin beim Eintritt (und auch noch einige Mal später) über lebhafte Dyspnoe klagte. Husten ganz unerheblich. Die Zunge feucht, wenig belegt, kein Appetit; der Stuhl beim Eintritt angehalten, regelte sich bald, nachdem Anfangs Ol. ricini gegeben war, so dass er in den nächsten Tagen (und auch weiterhin) von selbst und in normaler Weise erfolgte. Die Faeces waren indessen vollständig entfärbt, thonfarbig. Kein Erbrechen. Der Urin stark gallenfarbstoffhaltig, und ohne Eiweiss. Der Schlaf gut. — Die Temperatur beim Stat. pr. 38,0, der Puls 84, die Resp 24.

In den nächsten Tagen, während welcher der Appetit gut wurde und der Stuhl spontan erfolgte, bestand der Icterus in gleicher Intensität fort, minderte sich auch weiterhin nicht, dagegen nahm der Ascites, sowie das Oedem der Bauchhaut und der Füsse entschieden ab, sodass am 10. Mai der Umfang des Unterleibes nur 77 Cm. betrug. An diesem Tage war der Unterleib sehr bequem zu palpiren, — es bestand eben nur noch ein sehr mässiger Ascites bei schlaffen Hautdecken — und es lies sich nun *vollkommen getrennt von der Leber*, deren unterer Rand wie oben bemerkt sehr leicht zu verfolgen war, *in der Tiefe des Unterleibes zwischen Nabel und Leberwand ein harter, höckriger, kleinapfelgrosser Tumor fühlen*, der ungefähr in der Mittellinie lag. Der Tumor war auf seiner Unterlage, der hinteren Wand der Leibeshöhle, nicht deutlich beweglich, und wenn beweglich, so sehr wenig; ebenso blieb es zweifelhaft, ob er mit der Respiration beweglich sei.

Gestützt auf diesen Befund, sowie auf den intensiven Icterus, und auf das Fehlen von gröberen Störungen seitens des Magens und Darmes, — die Patientin hatte nie Erbrechen gehabt, der Appetit war gut, und die Stuhlentleerungen erfolgten im Hospital, abgesehen vom ersten Tage spontan und reichlich — erlaubte ich mir jetzt die Wahrscheinlichkeitsdiagnose eines Pankreaskrebses zu stellen.

Im weiteren Verlauf der Beobachtung traten keine neuen wesentlichen Krankheitserscheinungen auf. Der Schlaf war und blieb gut, die Stühle erfolgten spontan täglich und in

normaler Weise, die Zunge war kaum belegt, Uebelkeit und Erbrechen traten nicht ein, der Icterus bestand in gleicher Intensität fort. Die hydropischen Erscheinungen dagegen nahmen in nächster Zeit noch weiter ab, so dass am 14. Mai selbst im Stehen Ascites nicht nachweisbar war, und nur noch ein geringes Oedem der Füsse bestand. Der Umfang des Unterleibes betrug jetzt, am 14. Mai, nur 75 Cm.

Der scharf begrenzte höckrige Tumor, zwischen Nabel und der linken Hälfte des Leberrandes in der Tiefe des Leibes gelegen, liess sich noch deutlicher durchfühlen, namentlich schien es jetzt, als habe er eine etwas ovale Gestalt, und sei mit seinem längeren Durchmesser quer von rechts nach links gelagert. Auf seiner Unterlage erschien er jetzt sicher etwas von rechts nach links beweglich.

Schon um den 25. Mai begann wieder Ascites sich einzustellen und schnell zu wachsen, so dass am 28. Mai der Umfang des Unterleibes $83^1/_2$ Cm. betrug, und der Tumor viel undeutlicher fühlbar wurde. Bereits am 30. Mai war wegen des wachsenden Ascites und der wachsenden Spannung der Bauchwandungen, der Tumor gar nicht mehr fühlbar. Am 3. Juni betrug der Leibesumfang 89 Cm., der Tumor liess sich an diesem Tage nur bei plötzlichem, stossartigem Druck in seiner Gegend mit den Fingerspitzen erreichen. — Eine gewisse Abnahme des bis dahin in derselben Intensität bestanden habenden Icterus liess sich in den ersten Junitagen, von wo ab der Kräfteverfall grösser zu werden begann, bemerken, zugleich erschien jetzt am 5. Juni der Stuhl etwas gallig gefärbt. Eine auffallende Fett abscheidung oder Fetteinmengung liess sich an dem Stuhl von diesem Tage nicht bemerken. — Abgesehen von dem wieder eingetretenen und hochgradig gewordenen Ascites trat ein erheblicher Hydrops bis zum Lebensende nicht mehr ein, nur die Füsse blieben etwas oedematös, und in den letzten Tagen wurde auch das Gesicht leicht oedematös.

Der Harn wurde während der ersten Hälfte der Beobachtungszeit täglich gemessen; die tägliche Quantität lag zwischen 800 und 1600 Cm., wovon die grösseren Ziffern auf die Zeit vom 10. bis 22. Mai fallen, also gerade auf die Zeit, wo der Ascites ganz geschwunden, resp. in Resorption begriffen war. Für die Zeit von Ende Mai und Anfang Juni ist die Harnmenge nur ausnahmsweise notirt; es waren geringere Zahlen, zwischen 700 und 900 Cm. — Der Harn war stets stark gallig gefärbt, enthielt nie Eiweiss; auf Zucker wurde er leider kein Mal untersucht, doch ist ein Zuckergehalt desselben bei den oben angegebenen Harnquantitäten nicht wahrscheinlich. Ueber Durst wurde nie geklagt.

Auffallend war das Verhalten der Temperaturen. Von der Aufnahme an bis zum 1. Juni hat Patientin keinen einzigen vollkommen fieberlosen Tag gehabt. Allerdings handelte es sich immer nur um geringe Steigerungen, um subfebrile Temperaturen, nur zwei Mal wurde ausnahmsweise Abends 38,8 gemessen, sonst lagen die Abendtemperaturen fast constant zwischen 38,0 und 38,4, höchstens 38,5. Morgens wurde meist zwischen 37,3 und 38,0 gemessen, erst in den letzten Maitagen traten bedeutendere Morgenremissionen bis 36,6, selbst als Ausnahme bis 36,0 ein. Vom 2. Juni ab überschritten auch die Abendtemperaturen nicht mehr 37,5 und die Morgentemperaturen blieben unter 37,0; am 9. Juni, am Tage vor dem Tode wurde Morgens 34,8, Abends 35,6 gemessen. — Der Puls hielt sich mit grosser Constanz auf 80 bis 88, war in den letzten Lebenstagen äusserst schwach, kaum fühlbar.

Von Anfang Juni ab verfiel Pat. mehr und mehr, in den letzten Tagen trat noch etwas Zahnfleischblutung und etwas Gesichtsoedem hinzu, am 9. Juni wurde sie benommen (bei abnorm niedrigen Temperaturen), und starb in bewusstlosem Zustande am 10. Juni um 11 Uhr Vormittags.

Nie hat Pat. im Hospital über Schmerzen im Epigastrium geklagt, — es ist dieses ausdrücklich im Krankenjournal notirt. —

Die Section (Dr. Albrecht), 24 Stunden p. m. ergab:

Icterische Leiche. Brust: Die Lungen beiderseits in erheblicher Ausdehnung adhärent, ihr Gewebe trocken, etwas injicirt. Das Herz von normaler Grösse, das Fettgewebe unter dem Epicardium atrophisch, wie gelatinös, das Herzfleisch trocken gelblich, die Klappen normal.

Unterleib: 10 Pfd. einer blutig serösen Flüssigkeit in cavo peritonaei. Der Magen nicht gross an Umfang, enthält schwärzlich-schleimige Massen, Cardia und Pylorus normal. Hinter und unter dem Magen liegt ein grosser höckeriger Tumor, der umfasst wird vom Pylorustheil des Magens und von dem ganzen Duodenum. Der Tumor ist recht hart, knirscht unter dem Messer, hat gelappten alveolären Bau, ist von graugelber Farbe mit vielen gelben und rothen Stellen. Von der Schnittfläche lässt sich eine gelbröthliche Flüssigkeit ausdrücken. Der Tumor befindet sich an der Stelle des Pankreas, stellt eine Neubildung desselben dar; er erstreckt sich soweit nach oben, dass er den unteren Theil des Ductus choledochus vollständig verdeckt. An den Tumor schliesst sich nach links hin ein Theil des Körpers und der Schwanz des Pankreas. — Die Leber ist nicht gross, ihre Oberfläche ist an einigen Stellen vorgetrieben, und es finden sich in ihr zwei oberflächlich, jedoch nicht am Rande, und zwei tief gelegene Krebsknoten von erheblicher Grösse, und ausserdem eine Menge sehr kleiner Krebsknoten. Der grösste Krebsknoten maass am Spiritus-Präparat 7 und $5^1/_2$ Cm. im Durchmesser, der Zweitgrösste 6 und $4^1/_2$ Cm., und die zwei kleineren je 4 und $3^1/_2$ Cm. Die Farbe der Leber sehr dunkel mit einem Stich ins Grünliche. An der unteren Fläche des linken Lappens schimmern viele hochgradig erweiterte Gallengänge durch den serösen Ueberzug durch. Der Inhalt des Duodenums wie des ganzen übrigen Darms ist eine rothblutige schleimige Masse. Eine Continuitätstrennung der Darmschleimhaut ist nirgends zu finden. — Die Milz etwas vergrössert, mit dunkler recht fester Pulpa. Die Nieren nicht gross, fest, blass.

Die mikroskopische Untersuchung des Tumors von Dr. Albrecht vorgenommen, ergab denselben als Markschwamm.

Die spätere Besichtigung des Präparates, nachdem es vier Monate lang in Spiritus gelegen, ergiebt noch Folgendes:

Der Tumor misst in der Richtung von rechts nach links $8^1/_2$ Cm., von oben nach unten $7^1/_2$, von vorn nach hinten 8 Cm. Er wird umfasst vom Pylorustheile des Magens und von dem Duodenum. Er bewirkt im Magen eine leichte, ziemlich ausgedehnte Vorwölbung nahe dem Pylorus, ist hier mit den Magenwandungen dicht verwachsen, doch wird das Lumen des Pylorusabschnittes des Magens durch ihn nicht wesentlich verengt. Dichter noch als an den Magen

tritt der Tumor an den oberen Quertheil des Duodenum heran, in welchen er dicht hinter dem Pylorus in der Ausdehnung von 4 Cm. hineinragt, ohne indess die Schleimhaut zu perforiren. Die Betrachtung der letzteren ergiebt übrigens, dass ein Durchbruch der Krebsmassen in das Darmlumen nahe bevorstehend war. Das Lumen des Duodenums wird hier, dicht hinter dem Pylorus, schon etwas von dem Tumor verengt.

Am absteigenden Theil des Duodenums findet man die gemeinschaftliche Mündung des Ductus choledochus und des Ductus Wirsungianus. Letzterer lässt sich mit der Sonde und gleichzeitigem Aufschneiden 7 Cm. weit verfolgen, bis er sich in der Tumormasse verliert. An seiner Innenfläche sieht man $2^1/_2$ Cm. von der Duodenalmündung einen accessorischen Pankreaticusgang münden; derselbe lässt sich kaum 1 Cm. weit mit der Sonde verfolgen. — Der Ductus choledochus verläuft von der gemeinschaftlichen Mündung im Duodenum an 3 Cm. lang frei, dann tritt er in den Tumor, innerhalb dessen er 5 Cm. lang zu verfolgen ist. Nach dem Austritt aus dem Tumor, also oberhalb desselben, ist der Ductus choledochus resp. D. hepaticus sehr stark, fast bis zu Kleinfingerdicke erweitert. Wie sich bei der Präparation erkennen lässt, hat der Tumor die Wände des D. choledochus vollständig aneinander gedrückt, ohne jedoch in das Lumen desselben zu perforiren. — Von der Gallenblase aus lässt sich der erweiterte Ductus cysticus nur 1 Cm. lang verfolgen; er ist hier abgeschnitten, und sein Zusammenhang mit dem Choledochus ist in Folge zu grosser Verstümmelung des Präparates nicht aufzufinden.

Der untere Theil des Pfortaderstammes, von der Rückseite aus aufgeschnitten, enthält einen erheblich dicken, aus Krebsmasse bestehenden Thrombus, der das Lumen der Pfortader indess nicht vollständig füllt. — Scharf abgegrenzt gegen den Krebstumor schliesst sich an ihn nach links hin ein Theil des Körpers und der Schwanz des Pankreas, im Ganzen 5 Cm. lang. In diesem Rest des Pankreas findet sich ein einem erweiterten Gange ähnliches Gebilde, doch lässt sich an dem Spirituspräparat die Frage, ob dieses der Rest des Wirsungianischen Ganges, nicht mehr ganz entscheiden.

Der vorliegende Fall gehört zu den seltenen primären Pankreaskrebsen. Die Leberknoten erschienen bei der Section offenbar jüngeren Datums als der Tumor im Pankreas. Friedreich[1]) zählt nur 12 sichere Fälle von primärem Pankreaskrebs auf, Dr. Masing hat einen dreizehnten in der «St. Petersburger medicinischen Wochenschrift» 1879, № 28 mitgetheilt. — Friedreich macht die Angabe, dass Willigk unter 467 Krebsfällen nur 29 Mal Pankreaskrebs, Förster unter 639 Sectionen überhaupt nur 6 Mal Pankreaskrebs, und zwar immer nur secundärer Natur, sah.

Dass die Diagnose in diesem Falle möglich ist, verdanken wir nur dem sehr glücklichen Umstande, dass in den Tagen vom 10. bis 14. Mai der Tumor so sehr deutlich zu palpiren und so bequem von der Leber abzugrenzen war. Bekanntlich ist dieses lange nicht immer der Fall. Nach der von Friedreich gegebenen Zusammenstellung von Da Costa war unter 37 Fällen von Pankreaskrebs nur 13 Mal ein fühlbarer Tumor vorhanden.

Sehr auffallend ist in unserem Falle das Fehlen des epigastrischen Schmerzes, der Neuralgia coeliaca, welche nach derselben Zusammenstellung von Da Costa das häufigste Symptom des Pankreaskrebses ist; es ist unter jenen 37 Fällen 32 Mal vorhanden gewesen. Unsere Kranke klagte nie über Schmerzen im Epigastrium, auch nicht auf Befragen. — Der Icterus, und zwar ein sehr intensiver, war auch in unserem Falle ein sehr augenfälliges Symptom und hat wesentlich die Diagnose mitbegründet. — Der Icterus ist nach der Zusammenstellung von Da Costa unter 37 Fällen 24 Mal beobachtet worden. Dr. Herrmann in seiner Mittheilung zur Diagnose des Pankreaskrebses (St. Petersburger medicinische Wochenschrift 1880, № 8) legt für die Diagnose des Pankreaskrebses auf den Icterus das grösste Gewicht und ist unter Umständen geneigt, auch ohne fühlbaren Tumor bei Ausschluss von Leberkrebs und Lebercirrhose auf den Icterus allein — wenn er sehr intensiv, bronzegrün ist, Monate und länger dauert — die Diagnose zu stellen. — In unserem Falle ergab gerade der Umstand, dass der Tumor so vortrefflich fühlbar und zugleich intensiver Icterus vorhanden war, dabei Störungen, die auf den Magen oder das Duodenum zu beziehen waren, fehlten, die Diagnose. Es lag ja sehr nahe, gerade wegen des Icterus, den Tumor auf das Pankreas zu beziehen, abgesehen davon, dass derselbe auch der Palpation nach in der Tiefe des Unterleibes, *nicht nahe* der Bauchwand, lag.

Erhebliche Verdauungsbeschwerden fehlten, wie aus der Krankengeschichte hervorgeht, in unserem Falle. Nach Da Costa kamen vor unter 37 Fällen: 22 Mal Erbrechen in Folge gleichzeitiger Erkrankung des Magens, 25 Mal Verdauungsbeschwerden, 19 Mal Obstruktion, 15 Mal mit Verstopfung abwechselnde Diarrhoe.

Von hydropischen Erscheinungen war bei unserer Kranken nur wesentlich Ascites vorhanden, das Oedem an den Füssen (und an der Bauchhaut) beim Eintritt war nur gering und ging später mit der Resorption des Ascites zurück, um erst gegen das Ende des Lebens wieder stärker zu werden. Das erneute Auftreten von rasch wachsendem Ascites vom 25. Mai ab wird wohl auf den Krebsthrombus in der Pfortader zu beziehen sein.

Zwei grosse Lücken zeigt unsere Beobachtung: die mangelhafte Untersuchung der Stühle auf deren Fettgehalt und die fehlende Untersuchung des Harns auf Zucker. Beides bitte ich durch den Drang der Hospitalsgeschäfte zu entschuldigen.

Nur einmal am 5. Juni, 6 Tage vor dem Tode, wurde der Stuhl auf seinen Fettgehalt näher betrachtet, doch liess sich ein solcher nicht constatiren, und was den Zuckergehalt des Urins betrifft, so ist es, wie früher gesagt, bei den oben angeführten täglichen Harnmengen nicht wahrscheinlich, dass ein solcher vorhanden gewesen ist. Auch über Durst hat die Kranke nicht geklagt, noch ist derselbe im Hospital aufgefallen. — Was die Fettstühle bei Pankreaskrebs anbetrifft, so sagt Friedreich p. 263, dass mehrfach fettige Stühle erwähnt werden, dass sie aber meist, obgleich mit Aufmerksamkeit darnach gesucht wurde, vermisst wurden. Im Allgemeinen aber geht aus Friedreich's Darstellung

[1]) Krankheiten des Pankreas in v. Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, Band VIII, 2. Hälfte, p. 260.

der Pankreaskrankheiten hervor, dass er allerdings die Fettstühle für ein immerhin sehr bedeutungsvolles und oft zutreffendes Symptom der Pankreasaffektionen überhaupt ansieht.

Ueber das öftere Zusammentreffen von Melliturie mit Pankreaskrankheiten spricht sich Friedreich bekanntlich in bejahendem Sinne aus, wobei er den Zusammenhang durch den Plexus solaris vermittelt glaubt. Doch scheint auch aus Friedreich's Mittheilungen hervorzugehen, dass es am häufigsten Atrophie und fettige Degeneration des Pankreas sind, welche mit Diabetes zusammentreffen, nur selten Pankreaskrebs. Immerhin sind Fälle letzterer Art — Krebs des Pankreas und Diabetes — sicher bekannt. Cantani begründet bekanntlich seine Diabetestheorie zum Theil auf einer primären Erkrankung des Pankreas.

Schliesslich erlaube ich mir noch das Urtheil Friedreich's bezüglich der Diagnose des Pankreaskrebses hierherzusetzen, p. 264: «Es ist aus dem Mitgetheilten ersichtlich wie unsicher die Diagnose des Pankreaskrebses ist, wie nur bei dem Zusammentreffen besonders günstiger Umstände und unter Beihülfe der excludirenden Methode die Diagnose des Leidens gelingen dürfte. Dieselbe würde gerechtfertigt sein, wenn bei einem in vorgerücktem Lebensalter stehenden Kranken, bei auffallend kachektischem Habitus und prävalirenden Schmerzen im Epigastrium, ein seiner Lage nach auf das Pankreas zu beziehender Tumor constatirbar wäre, und wenn zugleich hinreichende Gründe beständen, die Existenz eines primären Leidens eines der anderen, in der Oberbauchgegend gelegenen Organe auszuschliessen. Das Auftreten von Fettstühlen oder Melliturie würde die Diagnose wohl zu stützen, aber immerhin auch keine vollkommene Sicherheit zu gewähren vermögen».

Es ist bemerkenswerth, dass Friedreich, in diesem seinem Resumé über die Diagnose des Pankreaskrebses, so wenig Gewicht auf den Icterus legt; offenbar geschieht das, weil in der That chronischer Icterus in seinen letzten anatomischen Ursachen oft ein sehr vieldeutiges Ding ist. Immerhin hat der Icterus auch in meinem Falle die Diagnose mitbegründet, und ist wie in Dr. Masing's Falle, so auch in 24 von den 37 Fällen der Zusammenstellung Da Costa's vorhanden gewesen.

Referate.

E. Wagner: Beiträge zur Kenntniss des chronischen Morbus Brightii. (D. Z. f. klin. Med. XXVII, 3 u. 4.)

Der Morbus Brightii scheint neuerdings wieder Lieblingsthema der deutschen Pathologen zu sein und viele hervorragende Forscher haben in dieser Frage ihre Stimme abgegeben (Senator, Bamberger, Litten, Rosenstein, Leyden).

W. nimmt eine «Mittelstellung» zwischen den Unitariern und Dualisten ein; er giebt zu, dass viele Fälle alle 3 Stadien der Nephritis durchmachen, doch sei die Zahl derjenigen, für welche solches nicht nachweisbar ist bei Weitem grösser. W. stellt 3 Hauptformen des chronischen Morbus Brightii auf, welche unter einander vielfache Uebergänge zeigen; er legt denselben nur reine, uncomplicirte Fälle zu Grunde.

A. *Vergrösserte, total- und diffuskranke Nieren.* Diese Form entspricht der grossen weissen Niere, dem 2. Stadium des Morbus Brightii. Harn spärlich, specifisch schwer, sehr eiweissreich, enthält zahlreiche Cylinder verschiedenster Dicke und andere Formelemente, Blutkörperchen (bes. weisse) und Fettkörperchenzellen. Verlauf subacut bis chronisch.

B. *Nieren, welche aus älteren atrophischen Stellen und aus frisch entzündetem Gewebe bestehen, ungefähr normal gross oder vergrössert, glatt oder undeutlich granulirt sind* (gefleckte Niere von Rindfleisch). Die Harnbeschaffenheit entspricht theils der parenchymatösen Nephritis, theils der Schrumpfniere (meist bluthaltig). Harnmenge wechselnd, ebenso das specifische Gewicht. Eiweissgehalt meist bedeutend, Sediment gewöhnlich spärlich: Cylinder spärlich oder reichlich, stets verfettet, verfettete Epithelien. Meist mässige, selten hochgradige Wassersucht, Anaemie, Abmagerung, stets Hypertrophie des linken Ventrikels; Magendarmsymptome, oft Lungensymptome. Die ältere Affection kann stabil bleiben, die jüngere ist heilbar; Tod oft durch Complication.

C. *Die gewöhnliche granulirte Niere* (Schrumpfniere). Neben den atrophischen Stellen ist das übrige Gewebe normal. Das klinische Bild wird als bekannt vorausgesezt und W. theilt nur einige Fälle mit, bei denen sehr wahrscheinlich frühere Stadien des Morb. Brightii dagewesen sind. —o—

B. v. Langenbeck: Ueber Tripolithverbände. (Berliner klin. Wochenschr. 1880. № 46.)

L. hat das Tripolith auf seiner Klinik mehrfach angewandt und empfiehlt es warm als Ersatz für den Gyps, da es grosse Vorzüge vor dem letzteren besitzt. Die Fabrikation des Tripolith ist nicht bekannt, es enthält aber hauptsächlich Calcium, Silicium und kleine Mengen von Eisenoxydul, ist ein graues Pulver, das feiner, leichter und etwas billiger als Gyps ist, dabei noch, welches wohl seine grössten Vorzüge sind, schneller trocknet (3—5 Min.), aus der Luft weniger leicht Feuchtigkeit aufnimmt, und vor allem nach dem Eintrocknen wasserbeständig ist. Das Tripolith ist von B. von Schenk in Heidelberg erfunden und prämiirt worden. T.

Credé (Leipzig): Zur Behandlung der Nachgeburt. (D. Med. W. № 45.)

Verf. nimmt das Wort zur Abwehr gegen einen auch von uns in der med. W. № 41 referirten Artikel von Dohrn, in welchem derselbe vor der übereilten Anwendung des Credé'schen Handgriffs warnt. Dieser soll die Lösung der Placenta in roher und daher oft unvollständiger Weise besorgen, so dass Eihautfetzen nachbleiben, während der natürliche Vorgang der sei, dass ein allmälig wachsendes Blutcoagulum langsam und auf die schonendste Weise die Lösung der ganzen Decidua besorgt. In Bezug auf den letzteren Vorgang beruft Dohrn sich auf Untersuchungen von B. Schulze. Credé nun führt an, dass Matthews Duncan schon 1871 die Unrichtigkeit der Schulze'schen Ansicht nachgewiesen; die Lösung der Placenta erfolgt durch Reduction der Placentarstelle und Contractionen treiben die Placenta dann in die Scheide oder wenigstens in das collum uteri, und zwar mit dem Rande voran, nicht wie Schulze will mit der foetalen Fläche voran. Der von Schulze beschriebene Vorgang ist nach Credé ein pathologischer, gehört zu den inneren Blutungen und ist zu fürchten. Credé macht sich zum Grundsatz: spare so viel Blut wie möglich, und ist mit seiner Methode nie schlecht gefahren, so dass er sie mit vollster Ueberzeugung von Neuem empfiehlt, freilich wünscht er, dass man seine Vorschläge strict befolgt, nicht sich eine eigene Methode zurechtmacht und die Mängel derselben dann ihm zuschiebt. S—t.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Prof. Alexander Schmidt (Dorpat): Zur Vivisectionsfrage. Vier offene Briefe an die Redaction der «Zeitung für Stadt und Land» in Riga. 55 Seiten. 8°. Dorpat. E. J. Karow. 1881.

In Folge eines unglücklichen Zusammentreffens hindernder Umstände ist Ref. in der Lage auf die obige interessante Broschüre erst aufmerksam machen zu können, nachdem schon mehrere Wochen seit dem Erscheinen derselben vergangen sind. Er bedauert diese Verzögerung um so mehr, als der Name des Verf. gerade im Leserkreise der vorliegenden Wochenschrift eine allgemeine Popularität geniesst.

In Anlass einer Petition des kurländischen Thierschutzvereins an den Herrn Minister der Justiz um Einführung eines strafgesetzlichen Verbotes der an den medicinischen Facultäten und Academien geübten Vivisectionen in gewissen supponirten Fällen des Missbrauches dieses Forschungsmittels, sowie um Einführung einer staatlichen Controle der Vivisectionen überhaupt, unterzieht Sch. die Agitationsmittel der Vivisectionsgegner im Allgemeinen einer herben Kritik und wendet sich dann speciell zur fraglichen Petition. Er weist nach, dass dieselbe vor allen Dingen die durchaus *grundlose* Insinuation enthält, als ob missbräuchliche Vivisectionen auf den russischen Universitäten, und speciell in Dorpat geübt würden, und zeigt dann, dass die vom kurländischen Thierschutzverein proponirten vorbeugenden und einschränkenden Massregeln im Einzelnen ebenso überflüssig und sinnlos genannt werden müssen, wie die vorgeschlagenen lindernden Mittel (als z. B. Chloroformirung, wo die Art des Versuches solches erlaubt) — weil schon im eigenen Interesse des Experimentators gelegen — selbstverständlich und daher auch ohne diese Petition von jeher gebräuchlich sind. Ferner werden die übertriebenen Verstellungen von der Maasslosigkeit und Häufigkeit der Vivisectionen auf ihre richtigen Grenzen zurückgeführt und endlich den Vivisectionsgegnern nachgewiesen, dass sie nicht das Recht haben, sich in Dinge zu mischen, von deren Wesen und Nothwendigkeit sie als Laien keine richtigen Vorstellungen haben können.

Vorliegendes wäre etwa das dürftige Skelett des Inhaltes, welcher es ja mit sich bringt, dass Manches gesagt werden musste, was schon anderweitig gelegentlich der Antivivisectionsbewegung in Deutschland und England ausgesprochen worden ist. Fleisch und Leben erhält dasselbe jedoch durch die glänzende Darstellungsweise des Verfassers. Das Ganze athmet eine auch die letzten Consequenzen des Disputes erschöpfende logische Klarheit und Sicherheit, eine geistsprühende Schlagfertigkeit und eine Kraft der Diction, die den Leser unwillkürlich mit sich fortreisst. Eine so gründliche, nach allen Seiten gewappnete Widerlegung haben die Herren vom kurländischen Thierschutzverein wol kaum erwartet, sonst wären sie mit ihrer Petition an den Justizminister vielleicht zurückhaltender gewesen. Unter Sch.'s Händen verwandelt sich die ursprünglich beabsichtigte Abwehr dieser an sich unerheblichen Einmischung in einen schneidigen Angriff gegen die Gegner der Vivisectionen überhaupt, denen ein energisches «Kehrt vor Eurer eigenen Thür» zugerufen und sowohl die wissenschaftliche Qualification als die ethische Berechtigung zur Aufwerfung der Vivisectionsfrage (falls es sich hierbei überhaupt um eine noch offene Frage handelt) abgesprochen wird. D—o.

Russische medicinische Literatur.

№ 14. **Klinitscheskaja Gaseta.** № 2.
Inhalt: a. Prof. S. Botkin: Auscultationserscheinungen bei Stenose des linken Ostium venosum und über Dämpfung des Percussionstones im oberen Theile der linken Parasternallinie.
b) W. Bechterew: Ein Fall von localer Atrophie der Gehirnoberfläche, welche Krampfanfälle mit Verziehung der Augen und des Kopfes nach einer Seite bewirkte. (Forts.)
c) S. Lebedew: Zwei Fälle von einseitiger Nierenatrophie, complicirt mit Herzkrankheiten. (Schluss).

№ 15. **Wratsch.** № 2.
Inhalt: a. B. Oks: Beobachtungen über Febris recurrens.
b) H. Idelson: Zur Frage über die Schwangerschaftsdauer. [Aus der Klinik des Prof. Horwitz]. (Forts.)
c) Sajazki: Bericht über die gynäkologische Abtheilung des Golizyn-Hospitals in Moskau, pro I. Halbjahr 1880. (Schluss).
d) Parfianowitsch: Bericht über die ärztl. Praxis im Medyn'schen Kreise i. J. 1879.
e) J. Bronstein: Incarcerirte Hernie, reponirt durch Anwendung von Elektricität.

№ 16. **Sdorowje.** № 1.
Inhalt: a. Die Mängel der Bildungsmittel an unseren medicinischen Facultäten.
b) A. S.: Die nährenden Stoffe in den Nahrungsmitteln.
c) Grjasnow: Bericht über den Sanitätszustand des Kreises Tscherepowez (Gouv. Nowgorod).
d) D. Mendelejew: Die Arbeitercolonie bei dem Bau der Alexanderbrücke über die Wolga in sanitarischer Hinsicht.

№ 17. **Wratschebnija Wedomosti.** № 2.
Inhalt: a. W. Dobrowoljski: Zur operativen Behandlung des Strabismus.
b) P. Uspenski: Ueber Neurosen.
c) A. Lippomann: Ein Fall von Lithiasis scroti et Lithotomia scrotalis.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— La gaceta de sanidad militar. № 145.
— Paris médical. № 2.
— Revista médica de Chile. № 5.
— Compendium der Pharmacie von R. Godeffroy. Lief. 11 u. 12.
— Zur Aetiologie der Infectionskrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Pilztheorie. Vorträge gehalten in den Sitzungen des ärztlichen Vereins zu München. 1. Hälfte. J. A. Finsterlin. München 1881.
— Illustrirte Vierteljahrsschrift der ärztlichen Polytechnik herausgegeben von Dr. G. Beck. Heft I. J. Dalp. Bern u. Leipzig.
— Anales del circulo medico Argentino. № 4.
— Das Museum Ludwig Salvator in Ober-Blasewitz bei Dresden, nebst Preisverzeichniss über anatomisch-plastische Nachbildungen und Modelle aus Krystallglas von Dr. L. W. Schaufuss.

Protokolle des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 28. October 1880.

1. Als Ergänzung zu der in der Sitzung vom 14. October von Dr. Th. Tiling mitgetheilten Krankengeschichte einer wegen Selbstverstümmelung in's Alexanderhospital aufgenommenen und am 12. October daselbst verstorbenen Geisteskranken verliest Dr. Petersen das dazu gehörige Sectionsprotocoll. Aeusserer Befund: Abgemagerte Leiche, Musculatur wenig entwickelt, keine Todtenstarre, nur wenige, auf dem Rücken vereinzelt stehende Todtenflecke. Am rechten Fuss finden sich folgende Verletzungen: 1) Zwischen der ersten und zweiten Zehe eine klaffende Wunde, alle Weichtheile zwischen dem ersten und zweiten Metatarsalknochen durchsetzend, trennt sie die beiden ersten ossa cuneiformia von einander und endet auf dem os naviculare. 2) Eine ebensolche Wunde zwischen der zweiten und dritten Zehe reicht auch bis an das os naviculare, darauf verläuft sie oberflächlich, jedoch die Fascie durchdringend, bis zum oberen Drittel des Unterschenkels. Auf der Gelenkfläche des os naviculare sieht man sieben Einschnitte neben einander. Vom os cuboideum ist die Knorpelfläche abgeschnitten. 3) Die fünfte Zehe ist nebst dem fünften Metatarsalknochen exarticulirt. Alle diese Wundflächen sind rein, ohne Granulationen und Beläge, leicht gelbliche Färbung nur an der Hautwunde des Unterschenkels. Die Arteria pediaea ist an zwei Stellen unterbunden und durchschnitten über dem Fussgelenk. Der Arcus plantaris ist unverletzt, nur einzelne seiner Aeste sind durchschnitten. Die Arteria cruralis blutleer, zeigt sich beim Durchspritzen vollkommen durchgängig, keinerlei Thromben vorhanden.

Brusthöhle: Die Lungen collabirt, anämisch, deutliche Hypostase. Das Herz klein, die Herzmusculatur blass, contrahirt, die Klappen intact. An der Aorta Spuren von Atheromatosis.

Bauchhöhle: Die Leber 26 Ctm. lang, 19 Ctm. breit, 8 Ctm. dick, von dreieckiger Form, der linke Lappen klein. Zeichen von Muskatnussleber und Blutleere.

Die Milz 13. 6. 2 Ctm., blass, schlaff, die Kapsel gerunzelt. Die Nieren 12. 6. 3 Ctm., anämisch, die Kapsel lässt sich leicht abziehen, auffallend schmale Corticalis (1/3 Ctm.). Der Darm schmal, reducirt, der Dünndarm vom Umfang des kleinen Fingers. Der Magen zusammengefallen, leer. Der Uterus deutlich retrovertirt, die Uterinmündung der rechten Tube verwachsen, mässiger hydrops tubae, erbsengrosse Morgagnische Hydatide.

Schädelhöhle: Die Schädelhöhle symmetrisch, compact, wenig Diploë, an den Pachionischen Granulationen die entsprechenden Stellen durchscheinend. Die Arteria meningea und der Sinus longitudinalis blutleer. Die Dura nicht verdickt, zieht sich leicht ab, die Pia oedematös. Das Gehirn blass, die Gyri erscheinen abgeplattet, das Gewebe feucht, nirgends erweicht. Alle vier Kammern auf's 2—3fache erweitert, circa 1 Unze klarer Flüssigkeit enthaltend. Das Ependym, besonders das der grossen Ganglien, namentlich auf dem linken thalamus opticus und dem Boden des vierten Ventrikels, erscheint sammetartig durch kleine blasse Granulationen.

Anatomische Diagnose: Vulnera scissa pedis dextri, Hydrocephalus internus chronicus, Oedema cerebri.

2. Dr. Dohnberg hält einen Vortrag über die Bedeutung des Eserin's in der Augenheilkunde. Nachdem die Wirkungsweise des Eserin's besprochen, welche hauptsächlich darin besteht, die intrabulbäre glatte Musculatur in tetanische Contraction zu versetzen und dadurch Myose, Accomodationskrampf und Herabsetzung des krankhaft gesteigerten intraoculären Drucks zu bewirken, theilt Vortragender die Resultate einer 3½jährigen, ausgedehnten Anwendung des Eserin's in der St. Petersburger Augenheilanstalt mit, und kommt in Uebereinstimmung mit anderen Fachgenossen zu folgenden Schlüssen:

Das Eserin ist ein gutes Palliativmittel gegen Glaucom und ist im Stande Prodromalstadien und leichtere Fälle von Glaucom ganz zu beseitigen, schwere Fälle zeitweise bedeutend zu bessern. Für die Dauer heilt es aber Glaucom nicht; als Radicalmittel bleibt auch jetzt dafür die Iridectomie respective die Sclerotomie. Der Hauptvorzug der Eserinwirkung besteht bei Glaucom darin, dass das glaucomatöse Auge zur Operation vorbereitet und dadurch die Technik letzterer erleichtert wird. Im Laufe der letzten 3½ Jahre sind in der St. Petersburger Augenheilanstalt 216 Glaucomfälle mit Eserin behandelt worden, theils um immer wieder die Wirkung des Eserin's zu verfolgen, theils um nach eingetretener Eserinwirkung die Technik der Operation zu vereinfachen. — Nächst dem Glaucom fand das Eserin am meisten Verwendung bei Hornhautabscessen mit Hypopyon (in 114 Fällen), bei marginalen Hornhautgeschwüren und bei Prolapsus iridis. Die bei diesen Krankheitsbildern erzielten Resultate lassen sich am ungezwungensten von der mechanischen Wirkungsweise des Mittels ableiten. Dadurch, dass das Eserin den intraocularen Druck, namentlich den in der vorderen Kammer, herabsetzt, begünstigt es eine schnellere Vascularisation der erkrankten Gewebspartie der Hornhaut, durch Contraction des Sphincter iridis und der dadurch bedingten Anspannung der Iris werden Irisvorfälle oft vermieden, ja bereits vorhandene verkleinert oder sogar vollkommen zum Schwinden gebracht. Ferner ist Redner auch der Meinung, dass die ausgespannte Iris bei der Resorption von Exsudaten in der vorderen Kammer eine grosse Rolle spielt, was ursprünglich von Deutschmann hervorgehoben worden ist.

Weiterhin ist das Eserin indicirt unmittelbar nach vollführter Iridectomie namentlich bei Staarextractionen, um die Iriszipfel aus der Wunde centralwärts herauszuziehen und somit eine so häufig zu schlimmen Folgezuständen führende Einklemmung derselben zu vermeiden. Eine weitere Anwendung fand das Eserin bei der Extraction von Fremdkörpern aus der vorderen Kammer, theils um einen Irisvorfall zu vermeiden, theils um die Linse zu schützen. Bei Accomodationslähmungen, namentlich bei den nach Diphtheritis

faucium und auch bei partiellen, sich hauptsächlich auf die den Sphincter iridis versorgenden Fasern beschränkenden Oculomotoriusparesen fand das Eserin zur Unterstützung anderer Behandlungsweisen vielfach Verwendung. Schliesslich bestätigt Dr. Dohnberg die von anderer Seite hervorgehobene secretionsvermindernde Wirkung des Eserin's, und empfiehlt es deshalb dei Conjunctivitis blenorrhoica, wenn die Hornhaut bereits in Mitleidenschaft gezogen ist.

Im Ganzen sind auf der stationären Abtheilung der St. Petersburger Augenheilanstalt bis zum 1. October 1880 634 Kranke (circa 21 % sämmtlicher Kranker) mit Eserin behandelt worden, und zwar wurde das Mittel hauptsächlich als schwefelsaures Salz in 1 % Lösung oder in Salbenform (gr.j : ℥ij Vaselin) angewendet.

Hintere Synechien wurden bei relativ intacter Iris nach längerem Eseringebrauch im Ganzen selten beobachtet und konnten in den meisten Fällen durch Atropin beseitigt werden. War trotz entzündlicher Affection der Iris das Eserin längere Zeit als indicirt angewendet worden, und war es in diesen Fällen zur Bildung hinterer Synechien oder zu vollkommenem Pupillarverschluss gekommen, so mussten diese nachtheiligen Folgen der Eserinanwendung im Vergleich zu den durch das Mittel erzielten Vortheilen als untergeordnete angesehen werden.

3. Dr. Moritz legt dem Verein graphische Curven über den Verlauf der in den Jahren 1878, 1879 und 1880 im Obuchowhospital zur Beobachtung gekommenen Fälle von Typhus exanthematicus und Febris recurrens vor. Die Curven sind für den Druck bestimmt.

4. Dr. G. Tiling berichtet über einen im Alexanderhospital beobachteten Fall von Schussfractur des Schädels.

(Die Mittheilung ist in № 50. 1880 der Wochenschrift abgedruckt worden).

Secretär Dr. Lange.

Tagesereignisse.

— Am 13. Januar c. verstarb hierselbst der frühere dejourirende Hofmedicus, wirkl. Staatsrath Dr. J. Krjukow.

— Vor einigen Tagen ist hierselbst der praktische Arzt Dr. Carl Müller gestorben.

— Professor Dr. Krönlein in Berlin ist zum Director der chirurgischen Klinik in Zürich ernannt worden.

— In der Sitzung des Wiener medicinischen Professoren-Collegiums ist Prof. Kaposi zum Nachfolger Hebra's und Prof. Czerny in Heidelberg zum Nachfolger Dumreicher's gewählt worden. Mit Czerny war zugleich Prof. Albert in Innsbruck auf der Wahl.

— Prof. Dr. Rosenthal in Erlangen ist von der Mitredaction des medicinischen Centralblattes zurückgetreten und an seiner Stelle hat Prof. Dr. Kronecker in Berlin dieselbe übernommen. Prof. Rosenthal soll ein selbstständiges Centralblatt für Biologie herauszugeben beabsichtigen.

— In der Jahresversammlung der (russ.) Gesellschaft St. Petersburger praktischer Aerzte sind Dr. Schulgowski zum Präsidenten, Dr. K. Schenk zum Vicepräsidenten und die DDr. Beläjew, Karrik und von Bretzel zu Secretären gewählt worden. Prof. Sklifassowski ist Ehrenmitglied dieser Gesellschaft geworden.

Miscellen.

— In der vergangenen Woche ist hier ein Fall von Vergiftung durch Colchicin vorgekommen. Ein junges Mädchen hatte von einem Zahnarzt ein Recept zu Pulvern gegen Zahnschmerz erhalten; nach Einnahme des ersten Pulvers erkrankte sie sogleich und starb trotz aller ärztlicher Bemühung nach ca. 30 Stunden. Es erwies sich, dass die Pulver je gr.j Colchicin enthielten, welches durch ein Versehen in der Apotheke anstatt des unorthographisch verschriebenen Coffeïn abgelassen war. Die Untersuchung ist eingeleitet. Bei dieser Gelegenheit möchten wir darauf hinweisen, dass die rechtliche Stellung der Zahnärzte einer Revision bedürftig ist.

— Am Ende des vorigen Jahres sind wie der «Wratsch» berichtet, 233 Studenten der medico-chirurgischen Academie zur Absolvirung des Schlussexamen zugelassen worden. Von diesen haben 189 das Examen bestanden, 23 nicht bestanden und 21 sich vom Examen zurückgezogen. Zum Concurse um die 7 Vacanzen für solche, welche auf Kronskosten zur weiteren Ausbildung bei der Academie belassen werden, wurden 28 zugelassen.

Personal-Nachrichten.

Amtliche.

— *Ernannt:* Der Arzt Seiner Kaiserlichen Hoheit des Prinzen Peter Georgjewitsch von Oldenburg, Ehren-Leibmedicus, wirkl. St.-R. Dr. med. Bubnow — zum consult. Arzt für Brustkrankheiten an den Anstalten der Kaiserin Maria; der ausseretatm. Ord. beim Marien-Hospital, St.-R. Dr. med. Sellheim — zum jüng. Ord. dieses Hospitals; der jüng. Ord. am Kalinkin-Hospital, Dr. med. Krajewitsch — zum stellvertretenden Inspector der Medicinalabtheilung der Gouvern.-Verwaltung von Ssimbirsk und der ausseretatm. Accoucheur der St. Petersburger Polizei, Dr. med. Seidler — zum etatm. Arzt der Petersb. Polizei.

Vacanzen.

— *Eine Landschaftsarztstelle* im Kreise *Ssolwytschegodsk* des Gouv. *Wologda* ist vacant. Gehalt 1500 Rbl. jährlich und freie Dienstfahrten. Der Arzt hat in Ssolwytschegodsk zu wohnen. Auf die Stelle Reflectirende sind gebeten, sich an das Landschaftsamt zu wenden.

— *Eine Landschaftsarztstelle* im Kreise *Gorodischtsche* des Gouv. *Pensa* ist vacant. Gehalt 1360 Rbl. jährlich. Der Arzt hat im Dorfe Stolypino zu wohnen. Etwaige Bewerber sind gebeten, ihre Eingaben an das Landschaftsamt des Kreises Gorodischtsche zu richten.

— *Eine Arztstelle* an der Tuchfabrik *Dago-Kertell* in *Estland* nebst freier Praxis für die Insel Dago ist vacant geworden und kann sofort vergeben werden. Hierauf Reflectirende belieben sich per Hapsal an die Direction obiger Fabrik zu wenden.

— *Die ält. Arztstelle* am *Gouvernements-Landschaftshospital* zu *Poltawa* steht für Doctoren der Medicin offen. Gehalt 1500 Rbl. jährlich nebst freier Wohnung mit Heizung und Beleuchtung. Auf diese Stelle Reflectirende haben ihre Eingaben unter Beifügung des Doctordiploms, von Mittheilungen über ihre etwaigen wissenschaftlichen Arbeiten und ihre bisherige ärztliche Thätigkeit spätestens bis zum 10. April d. J. an das Gouvernements-Landschaftsamt von Poltawa zu senden. Unter den Bewerbern wird das Landschaftsamt einem Psychiater den Vorzug geben.

— *Die Stelle eines Sanitätsarztes* im Kreise *Sterlitamak* des Gouv. *Ufa* ist für einen weiblichen Arzt vacant. Gehalt 1500 Rbl. jährlich und freie Dienstfahrten. Der Arzt hat in Sterlitamak zu wohnen. Bewerberinnen sind gebeten, ihr Gesuch unter Beifügung der nöthigen Documente an das Landschaftsamt des Kreises Sterlitamak zu richten.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 11. Januar 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	951	351	1302
Alexander- «	762	160	922
Kalinkin- «	—	520	520
Peter-Paul- «	383	168	551
St. Marien-Magdalenen Hospital	166	73	239
Marien-Hospital	297	487	784
Ausserstädtisches Hospital	348	136	484
Roshdestwensky-Hospital	48	28	76
(Nicolai-Militär)-Hospital (Civilabth.)	336	133	469
3 zeitw. Hospitäler	458	93	551
Ausschlags-Hospital	16	13	29
Summa der Civilhospitäler	3765	2162	5927
Nikolai-Kinder-Hospital	49	47	96
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	60	86	146
Elisabeth-Kinder-Hospital	25	35	60
Summa der Kinderhospitäler	134	168	302
Nicolai-Militär-Hospital	616	8	624
Ssemenow'sches Militär-Hospital	313	—	313
Kalinkin-Marine-Hospital	302	—	302
Gesammt-Summa	5130	2338	7468
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	909	328	1237
Scarlatina	28	27	55
Variola	11	5	16
Venerische Krankheiten	809	537	1346

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 4. bis 11. Januar 1881 besucht von 1654 Kranken, darunter zum ersten Mal von 853.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 18. Januar 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	951	350	1301
Alexander- «	758	167	925
Kalinkin- «	—	549	549
Peter-Paul- «	398	175	573
St. Marien-Magdalenen-Hospital	166	73	239
Marien-Hospital	292	479	771
Ausserstädtisches Hospital	356	136	492
Roshdestwensky-Hospital	50	31	81
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	336	150	486
3 zeitw. Hospitäler	488	99	587
Ausschlags-Hospital	14	12	26
Summa der Civilhospitäler	3809	2221	6030
Nikolai-Kinder-Hospital	49	44	93
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	68	93	161
Elisabeth-Kinder-Hospital	23	38	61
Summa der Kinderhospitäler	140	175	315
Nicolai-Militär-Hospital	673	12	685
Ssemenow'sches Militär-Hospital	345	—	345
Kalinkin-Marine-Hospital	304	—	304
Gesammt-Summa	5271	2408	7679

Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	821	348	1169
Scarlatina	26	23	49
Variola	11	5	16
Venerische Krankheiten	840	541	1581

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 11. bis 18. Januar 1881 besucht von 2392 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1407.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs

für die Woche vom 4. bis 10. Januar 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 726 (Todtgeborene 20). Durchschnittliche Sterblichkeit der Woche, für das ganze Jahr berechnet, beträgt 56,36 pro Mille der Einwohnerzahl, ohne Zugereiste aber 55,20.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
224	302	726	131	47	94	17	18	31	87	62	75	63	50	33	14	4

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 21, Typh. abd. 37, Febris recurrens 12, Typhus ohne Bestimmung der Form 18, Pocken 4, Masern 2, Scharlach 12, Diphtheritis 6, Croup 10, Keuchhusten 6, Puerperalkrankheiten 5, Dysenterie 3.

— Gehirnapoplexie 17, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 25, acute Entzündung der Athmungsorgane 119, Lungenschwindsucht 111, Gastro-intestinal-Krankheiten 104, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 37, Marasmus senilis 34, Pyämie und Septicämie 1.

— Tod durch Zufall 2, Selbstmord 3.

— Andere Ursachen 137.

Nächste Sitzung des allgem. Vereins St. Petersburger Aerzte, Dienstag den 27. Januar 1881.

Nächste Sitzung d. deutschen ärztlichen Vereins, Montag d. 2. Februar 1881.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 23 Января 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh. Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

ST. PETERSBURGER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 5. St. Petersburg, 31. Januar (12. Februar). 1881.

Ueber die Behandlung von Augenleiden mittelst Pilocarpin.

Vortrag, geh. im Allgem. Verein St. Petersb. Aerzte am 25. Nov. 1880.

Von

Dr. Th. v. Schroeder,

Assistenzarzt am St. Petersburger Augenhospital.

M. H.! Ich möchte Ihre Aufmerksamkeit auf kurze Zeit in Anspruch nehmen, um Ihnen Mittheilung zu machen über die Resultate, die in unserem Augenhospital bisher durch die Behandlung verschiedener Augenkrankheiten mittelst Pilocarpin erzielt worden sind, sowie ferner über die Indicationen für die Pilocarpin-Behandlung in der Ophthalmologie, soweit sich dieselben überhaupt bis jetzt haben feststellen lassen. Vorausschicken muss ich in kurzer Uebersicht das bisher über die Wirkung des Pilocarpin und seine Indicationen in der inneren Medicin durch Experimente und Beobachtung am Krankenbette Gefundene, weil sich daraus ein Theil der Indicationen für das Pilocarpin bei Augenleiden, besonders soweit dieselben von Allgemeinleiden abhängig sind, ergiebt.

Als constanteste Wirkung des innerlich oder subcutan verabfolgten Pilocarpin hat sich die Erweiterung der peripheren Gefässe durch Lähmung ihres Tonus erwiesen, die, bei subcutaner Injection sogleich eintretend, eine geringe Temperaturerhöhung (bis 0,6) in der Achselhöhle, geringes Sinken des Blutdruckes und geringe (10 pr. M.) Beschleunigung, bei grösseren Dosen Verlangsamung der Pulsfrequenz zur Folge hat. Der Gefässerweiterung folgte bald eine starke Speichelabsonderung und Schweisssecretion, welche letztere nach Luchsinger's Experimenten z. Th. auf directe Reizung der Nervenendigungen in den Schweissdrüsen und der Schweisscentren zu beziehen ist. — Das Schwitzen beginnt am Kopf und breitet sich von dort allmählich zu den Füssen hin aus; bei geringerer Wirkung bleibt es auf Kopf, resp. Hals und Brust beschränkt. — Der durch die Speichel- und Schweissabsonderung bewirkte Gewichtsverlust ist je nach der Verabfolgungsweise und der Dosis ein sehr verschiedener. Nach Lösch's Versuchen ist derselbe bei innerlicher Verabreichung etwa 10 Mal so gering als bei subcutaner Injection der gleichen Dosis. Bei Letzterer bewirkt eine Dosis von 0,015 an Speichel und Schweiss einen Verlust von 500 Gr. — 2 Kilogr., bei 1—2 stündigem Speichelfluss und Schwitzen; 0,03 bewirkte einen Gewichtsverlust von 1—2 Kilogr. und mehr. — Eine vermehrte Absonderung des Bronchialsecrets ist von mehreren Beobachtern gefunden worden, noch häufiger eine bedeutend verstärkte Thränensecretion. Die Harnmenge ist in den ersten 24 Stunden nach der Pilocarpininjection, entsprechend dem vicariirenden starken Speichel- und Schweissverlust verringert, hebt sich aber dann am 2. und 3. Tage wieder zur Norm, bisweilen auch über die Norm, woraus einige auf directe Anregung der Diurese schliessen wollen. — Zu erwähnen sind endlich noch die mehrfach behauptete, vielfach bestrittene wehenerregende Wirkung des Pilocarpin und schliesslich die myotische pupillenverengernde Wirkung bei Instillation in den Conjunctivalspalt.

Entsprechend der Hauptwirkung des Pilocarpin auf Speichel- und Schweisssecretion, die dasselbe als ein höchst energisches Diaphoreticum und Sialagogum, mithin als ein mächtiges Resorbens erkennen liess, musste das Pilocarpin überall in der inneren Medicin indicirt erscheinen, wo man bisher die Diaphoretica für indicirt hielt; so vor allem bei *Hydropsien* verschiedenen Ursprungs. Hier kann dasselbe grossen Theils allerdings durch seine Wirkung nur der Indicatio symptomatica genügen, wie bei allen Hydropsien, die durch Herzfehler und chronische Nephritis bedingt sind. Es kann bei diesem durch das Schwinden der Oedeme zunächst nur einen dem Kranken erträglicheren Zustand bewirken; möglich wäre es nach Leyden's Ansicht aber auch, dass dieser Effect von längerer Dauer ist, wenn es nach Schwund der Oedeme gelingt, die gestörte Herzcompensation wieder herzustellen; bei chronischer Nierenentzündung

wiederum könnte die Entlastung des Gefässystems auch günstig rückwirkend auf die Nierenaffection sein. Kann bei diesen Affectionen auch der Indicatio causalis nicht durch die Pilocarpinbehandlung genügt werden, so entspricht dieselbe sowohl der causalen als symptomatischen Indication bei acuter Nephritis und deren Folgen: Hydrops und Uraemie. Hier hat, wie Boegehold richtig bemerkt, die Pilocarpinbehandlung die günstigen Wirkungen eines Aderlasses ohne seine schädlichen Consequenzen: es entsteht Entlastung des Gefässsystems bei gleichzeitiger Concentration des Blutes.

Die in praxi bei den eben genannten Leiden mit Pilocarpin angestellten Versuche haben für die *acute Nephritis* nebst folgendem Hydrops resp. Uraemie dem entsprechend durchgehends recht günstige Resultate geliefert, obgleich besonders die bereits an Uraemie leidenden Pat. meist Kinder mit Nephritis scarlatinosa waren, die durch die Scarlatina oft schon hochgradig geschwächt waren.

Das theoretische Bedenken, das Scotti gegen die Anwendung des Pilocarpin bei acuter Nephritis vorbrachte: es müsste, wie zur Haut, auch zu den inneren Organen, mithin auch zur Niere ein starker Blutzufluss durch Erschlaffung der peripheren Gefässe entstehen und eine Verschlimmerung der Nephritis bewirken, hat sich in praxi also nicht bestätigt.

Bei *Herzleiden* ist das Pilocarpin relativ noch wenig angewandt worden, so dass sich der schliessliche Effect der Pilocarpinbehandlung wohl kaum schon beurtheilen lässt. Nach Curschmann besteht der Vorzug des Pilocarpin bei Behandlung von Hydropsien bei Herzleiden hauptsächlich darin, dass es bequem für den Kranken angewandt werden kann, während z. B. Schwitzbäder bei Herzkranken mit stärkerem Ascites und Kurzathmigkeit in Folge von Lungenoedem oft nicht anwendbar sind oder die beschwerlichsten Umstände machen.

Die Beobachtungen über die Wirkung des Pilocarpin bei *chronischer Nephritis* sind, soweit ich die Literatur durchgesehen, noch nicht zahlreich, selbst wenn man die mit Jaborandi-infus behandelten Fälle mit hineinzieht. Die Resultate der Behandlung sind recht verschieden.

Während Lörisch und Rosenkranz (letzterer allerdings bei gleichzeitigem Bicuspidalklappenfehler) gar keine Erfolge nach Jaborandi, Cloëtta ebensowenig nach Pilocarpin zu verzeichnen hatten, Purjesz und Cantieri nur sehr vorübergehende, Steavenson sogar Zunahme der Eiweissmenge im Harn beobachtet haben will, — haben eine ganze Reihe anderer Beobachter eine entschieden günstige Wirkung des Pilocarpin constatiren können, indem die Oedeme schwinden, der Eiweissgehalt des Harns abnimmt und die Pat. sich wesentlich erleichtert fühlen: 1 Mal hielt sich die günstige Wirkung Monate lang; in 1 schweren Fall trat, wie nicht anders zu erwarten, trotz der mehrmals durch die Pilocarpininjectionen geschafften subjectiven Erleichterung durch Fortschreiten der Nephritis der letale Ausgang ein (Baadt). — Erst eine grössere Anzahl von Beobachtungen wird wohl die Leistungsfähigkeit des Pilocarpin gegenüber der chronischen Nephritis feststellen; für die grosse Mehrzahl der Fälle scheint eine subjective Erleichterung der Pat. jedenfalls zu erfolgen.

Weiterhin hält man das Pilocarpin für indicirt bei der Behandlung *exsudativer Pleuritis*, von der mehrere Fälle mit sehr günstigem Erfolge behandelt worden sind; ferner als symptomatisches Mittel bei *Emphysem*. — Betreffs der *Malaria* sind geradezu wunderbare Heilungen durch eine Injection von Pilocarpin veröffentlicht worden, wogegen allerdings auch Fälle erfolgloser Behandlung mitgetheilt worden sind. — Bei *Parotitis* hat Leyden gute Erfolge gesehen; bei *Ischias* befriedigende, aber nicht ausserordentliche. — Auf *rheumatische Affectionen* (Curschmann) scheint das Pilocarpin ganz ebenso, wie die anderen Diaphoretica zu wirken. — Bei *acutem Gelenkrheumatismus* half es 1 Mal (Baadt), wo die Salicylsäure trotz längerer Behandlung im Stich gelassen hatte; mit Natr. salicylicum zusammen wurde es von Leyden vortheilhaft gegen acuten Gelenkrheumatismus angewandt. — Für die Behandlung des *Croup* und der *Diphtheritis*, war das Pilocarpin schon früher von Federschmidt und Demme angewandt worden, jetzt neuerdings ist von Guttmann eine Arbeit erschienen, die gestützt auf 81 Fälle von Diphtheritis, die alle rasch und glücklich geheilt wurden, das Pilocarpin als sicheres Heilmittel der Diphtheritis empfiehlt.

Bei *Syphilis* hat Lewin mit Pilocarpin günstige Erfolge erzielt; er hatte 78 pCt. Heilungen; nur 2 Fälle mit sehr hartnäckigen Formen widerstanden dem Pilocarpin und wurden erst durch folgende Sublimatinjectionen zum Schwinden gebracht. Lewin schätzt das Pilocarpin in der Wirkung ziemlich gleich dem Quecksilber, nur wegen der unangenehmen Nebenwirkungen soll es nicht zu empfehlen sein.

Da ich hier nur die hauptsächlichsten Indicationen für die Pilocarpinbehandlung und die wichtigsten bisher durch dieselbe in der inneren Medicin erzielten Resultate zusammenfassen wollte, nicht aber eine genaue Mittheilung aller Versuche der Pilocarpinanwendung bei den verschiedenen inneren Leiden zu geben beabsichtigte, so genügt das eben Gesagte für meinen Zweck. Hinzufügen will ich nur noch als Curiosum, dass ausser Schmitz noch Coppez, entgegen allen übrigen Beobachtern, die Haarwuchs befördernde Wirkung des Pilocarpin constatirt haben will und zwar sah er bei seinen haararmen Pat. sogar einen Haarwuchs von buschigen Haaren auftreten.

Obgleich das Pilocarpin bald nach seiner Entdeckung und Reindarstellung das seiner unangenehmen Nebenwirkungen wegen in Misscredit gerathene Jaborandiblätterinfus rasch verdrängt hatte, so mussten doch fast alle, die dasselbe anwandten, constatiren, dass auch nach Pilocarpin eine ganze *Reihe unangenehmer Nebenwirkungen* zu beobachten sind, die die Anwendbarkeit desselben sehr zu beschränken schienen. Vor allem musste der mehrfach beobachtete schwere *Collaps* zur grössten Vorsicht bei Gebrauch des Mittels mahnen. Weitere sehr unangenehme Nebenwirkungen waren die Uebelkeit, das oft heftige Erbrechen, ferner Gastralgien, Diarrhoë mit Tenesmen, Strangurie, Schwindel etc.

Von grösster Wichtigkeit war es daher die *Ursache des Collapses* festzustellen, sowie die Bedingungen, unter welchen sich jene anderen störenden Nebenwirkungen geltend machten. Die Ursache des Collapses wurde von Petrina, Scotti u. A. theils aus theoretischen Gründen, theils auf Grund von Beobachtungen in der Wirkung des Pilocarpins auf die Herzthätigkeit gesucht und deshalb von ihnen vor Anwendung des Pilocarpin bei Degeneration des Herzmuskels und Klappenfehlern, sowie überhaupt bei Herzleiden gewarnt, weil

bei diesen Leiden nach Pilocarpin leicht Arythmie des Pulses und schwerer Collaps eintreten können. Wenn sich diese Anschauung als richtig erwiesen hätte, so wäre die Anwendung des Pilocarpin sowohl bei dem Hydrops in Folge von Herzleiden als auch meist bei chronischer Nephritis, wenn wie gewöhnlich Herzhypertrophie vorhanden, nicht statthaft gewesen. Nun haben aber weitere Beobachtungen gelehrt, dass bei einigermaassen vorsichtiger Dosirung des Pilocarpin bei Herzleidenden nicht häufiger Collaps eintritt als sonst, Smolensky sah ferner sogar unter Pilocarpinbehandlung bei einer Myocarditis die Arythmie des Pulses schwinden und vor allem endlich wichtig war es, dass Leyden an der Hand des Experiments nachwies, dass das Pilocarpin gar keine Wirkung auf den Herzmuskel ausübte, die Verlangsamung der Pulsfrequenz nach grösseren Pilocarpingaben lediglich auf Reizung der im Herzen gelegenen Hemmungsfasern des Vagus zu beziehen ist. Dasselbe fanden Nawrocki und Popow bei ihren Experimenten an Thieren. — Leyden meinte nun, und stützte seine Meinung durch eine Beobachtung, dass Uebelkeit und Erbrechen mit dem durch dieselben bewirkten starken Sinken des Blutdruckes die Ursache des Collapses seien. — So annehmbar diese Erklärung klingt, besonders für alle Fälle, wo es sich um sehr geschwächte Pat. mit reducirter Herzthätigkeit handelt, so bedarf es doch wohl noch weiterer Untersuchungen und Beobachtungen, um dieselbe zu sichern. Man wird aber auch jetzt schon bei schwachen Pat., wenn man dem möglichen Eintritt eines schweren Collapses vorbeugen will, bestrebt sein müssen die vielleicht ursächlichen Momente desselben, Uebelkeit und Erbrechen, zu vermeiden. Neuerdings hat man zu diesem Zweck, sowie um auch die übrigen unangenehmen Nebenwirkungen des Pilocarpin, die nach sehr verschieden grossen Dosen auch unter sonst ziemlich gleichen Bedingungen beobachtet worden sind, nicht zur Geltung kommen zu lassen, empfohlen, stets probirend vorzugehen und stets mit kleineren Dosen (etwa 0,0075 oder 0,015 beim Erwachsenen) zu beginnen, wobei man nöthigenfalls rasch bis zur gewünschten Wirkung in der Dosis steigen kann.

Bei den auf Dr. Magawly's Wunsch von mir mit Pilocarpin behandelten Augenpatienten habe ich nie Gelegenheit gehabt auch die Allgemeinwirkungen des Pilocarpin zu beobachten und die soeben mitgetheilten Ansichten über das Auftreten resp. die Vermeidung des Auftretens der unangenehmen Nebenwirkungen des Pilocarpins zu prüfen.

Die von mir behandelten 25 Patienten waren fast alle Erwachsene, von 16—50 Jahren; allgemeine Gesundheit, Ernährungs- und Kräftezustand bei der Mehrzahl recht gut; gleichzeitige und das Augenleiden bedingende Allgemeinleiden waren 5 Mal chronische Nephritis mit Hypertrophie des Herzens, 1 Mal Mitralinsufficienz mässigen Grades, 1 Mal Scorbut, 1 Mal Emphysem, 1 Mal chronischer Bronchialkatarrh. — Ich fing bei den Pat., die allgemein gesund oder durch das Allgemeinleiden noch nicht sehr geschwächt waren, gewöhnlich mit 0,015 Pilocarpin subcutan an; 2 Mal wurde bei Morbus Brightii, 1 Mal bei Mitralinsufficienz zur Vorsicht erst 1 oder ein paar Mal an den aufeinanderfolgenden Tagen 0,01 und 0,012 gegeben und dann erst auf 0,015 gestiegen. Die Injectionen wurden gewöhnlich Abends gemacht und den Pat. später nicht mehr gestattet das Bett zu verlassen; Tags über durften sie sich je nach dem Augenleiden frei bewegen, bei gutem Wetter auch in's Freie gehen. Bedingung war, dass die letzte Mahlzeit einige Stunden vor der Injection eingenommen war. Die Injectionen wurden gewöhnlich täglich im Laufe der Cur gemacht.

Bei diesem Regime fand ich, dass 0,015 meist, bisweilen schon 0,01 hinreichte 1—1½ stündigen Speichelfluss und Schweiss hervorzurufen; 1 Mal erfolgte erst nach 0,03 geringer Schweiss, während schon 0,015 starken Speichelfluss bewirkt hatte. — 1 Mal blieb bei einem Pat., der bereits mehrere recht stark wirkende Dosen zu 0,03 bekommen hatte, an einem Tage nach derselben Dosis der gleichen Lösung von Tags zuvor jede Wirkung aus; bei den übrigen Pat. trat bei Injection derselben Lösung die gewöhnliche Wirkung ein; am nächstfolgenden Tage erfolgte wieder die frühere Wirkung bei jenen Pat., obgleich Lösung und Dosis dieselben geblieben waren, das Gleiche habe ich auch noch später an einen anderen Pat. beobachtet. Worauf dieses Ausbleiben der Wirkung zu beziehen ist, weiss ich nicht zu erklären, da das Präparat wirksam, die Dosis die gleiche war. Möglich wäre es allenfalls, dass in jenen Fällen die injicirte Flüssigkeit irgendwie wieder ausgedrückt worden ist. — Obgleich sonst stets und auch von mir die gesteigerte Speichelsekretion als die rascher auftretende und präcisere Folge der Pilocarpingabe beobachtet worden ist, fand ich merkwürdiger Weise bei einem allgemein gesunden Pat., dass zuerst nach 0,015 und 0,023 stets mehr oder weniger reichlicher Schweiss, nie Speichelfluss eintrat: jetzt nach 15 Injectionen tritt auch jedes Mal mässiger Speichelfluss ein. Abgesehen aber von diesen einzelnen Unregelmässigkeiten in der Wirkung des Pilocarpin, deren Erklärung vielleicht durch spätere und zahlreichere Beobachtungen möglich sein wird, liess es sich auch nicht verkennen, dass die Speichel- und Schweisstreibende Wirkung des Pilocarpin individuell recht verschieden war. Es gelang mir leider nicht irgend ein die individuelle Verschiedenheit der Wirkung erklärendes Moment zu finden. Der Ernährungs- und Kräftezustand scheint mir jedenfalls diese Verschiedenheit nicht zu bedingen, denn ich beobachtete nach 0,015 Gr. recht starke Wirkung ebenso bei kräftigen, wohlgenährten Leuten, wie bei schwächlichen, herabgekommenen; andererseits aber auch geringere Wirkung, sowohl bei Kräftigen als Schwachen, schlecht Genährten. — Diese individuelle Verschiedenheit in der Wirkung des Pilocarpin lässt allein schon, abgesehen von den unangenehmen Nebenwirkungen, es richtig erscheinen, stets mit kleinen Dosen anzufangen, um nicht unnützer Weise eine sehr starke Wirkung hervorzurufen, die gleichzeitig zu Erbrechen und Collaps führen kann.

Genauere Beobachtungen über Steigerung der Sekretion in den Bronchien, der Harnmenge, der Temperatur etc. habe ich nicht angestellt, ich kann nur noch mittheilen, dass die Dosis 0,015 für gewöhnlich die Thränensekretion nicht merklich steigerte. — Dass eine Abnahme der Empfindlichkeit gegen die Pilocarpinwirkung stattfindet, habe ich bei 10—12 meist an aufeinanderfolgenden Tagen gemachten Injectionen nicht bemerken können; im Gegentheil trat einige Mal bei den späteren Injectionen eine stärkere Wirkung auf, bei gleicher Dosis. — Das Präparat hielt sich vollkommen gut, besonders am dunkeln Ort in der Kälte und was die Allgemeinleiden betrifft, so konnte ich weder bei den an *Herz-*

hypertrophie, noch bei den an *Mitralinsufficienz* leidenden Pat. ausser der gewöhnlichen geringen Reizung der Pulsfrequenz irgend welche Alteration der Herzaction wahrnehmen; die Wirkung war ganz ebenso wie bei allen anderen Pat. — Die mit *chronischer Nephritis* Behafteten fühlten sich fast alle nach Beendigung der Cur wohler, als vor derselben. 2 Mal wurde geringe Abnahme des Albumingehaltes im Harn constatirt, nach im Ganzen 0,18 Gr. Pilocarpin; 1 Mal waren überhaupt nur Spuren von Albumin im Harn; im 4. Fall, der ganz besonders günstig und rasch in Bezug auf das Augenleiden verlief, wurde leider keine Schlussanalyse des Harns gemacht; im 5. Fall war trotz wiederholter Analysen kein Albumin im Harn nachweisbar; die Diagnose stützte sich hier auf den Augenspiegelbefund; hier blieb das Allgemeinbefinden unverändert nach 0,09 Pilocarpin; 3 Monate später fanden sich bedeutende Mengen von Eiweiss im Harn bei ziemlich gleichem Allgemeinbefinden. Zu bemerken ist, dass bei allen diesen Kranken erst sehr geringes, oder kein Oedem vorhanden war.

Die von mir behandelten *Syphilitiker* hatten alle schon viel Quecksilber gebraucht und boten meist keine prägnanten Allgemeinsymptome, so dass ich über die Wirkung des Pilocarpin auf dieselben mir kein Urtheil bilden konnte. Einmal sah ich ein nach der Quecksilbercur fortbestehendes papulöses Exanthem schwinden. — Bei *Emphysem* und bei chronischem *Bronchialcatarrh* fand reichlicheres Aushusten von Bronchialsecret statt. — Bei einem *Scorbutischen*, der an Iritis litt und dessen Allgemeinleiden seines geringen Grades wegen übersehen worden war, fand nach 0,1 Pilocarpin eine entschiedene Steigerung des Scorbuts statt; zuerst war nur eine leichte Schwellung am Knöchel des einen Fusses vorhanden; später war die Umgebung aller vier Malleolen geschwellt und sugillirt, es fanden sich zahlreiche Petechien auf den Unterschenkeln und das Zahnfleisch blutete leicht. — Bei roborirender Behandlung, nach Aussetzen des Pilocarpin schwanden sowohl der Scorbut, wie auch die Iritis.

Von den erwähnten *unangenehmen Nebenwirkungen* des Pilocarpins habe ich nur Erbrechen, Uebelkeit und Schüttelfrost beobachtet; *Collaps* kam kein Mal vor; der *Schüttelfrost* trat 2 Mal auf und dauerte etwa 10 Min., ohne dass dabei eine besondere Alteration der Herzaction stattfand. *Nausea* geringeren Grades trat mehrmals auf. — *Erbrechen* erfolgte bei einem Pat. an zwei auf einander folgenden Tagen nach 0,015 Pilocarpin; es ergab sich, dass er jedes Mal etwa 1½ Stunden vor der Injection ziemlich stark gegessen hatte; als ihm verboten wurde später als 4 Stunden vor der Injection zu essen, fand fernerhin kein Erbrechen statt. Ganz das Gleiche beobachtete ich später bei einer ebenfalls kräftigen allgemein gesunden Pat. — Bei einer dritten Pat. hatte das Erbrechen ein Mal denselben Grund; ein zweites Mal trat leichtes Erbrechen ein, obgleich Pat. vor mehreren Stunden die letzte Mahlzeit eingenommen hatte.

Ich habe also, wenn wir die Fälle von Erbrechen abrechnen, wo dasselbe entschieden Folge der kurz vorher eingenommenen Mahlzeit war, somit hätte vermieden werden können, bei 25 Pat., die etwa 2—300 Injectionen, meist zu 0,015 bekommen, nur ein Mal leichtes Erbrechen, zwei Mal Schüttelfrost und einige Mal geringere Nausea als unangenehme Nebenwirkungen der Pilocarpingaben zu verzeichnen. Sie werden mir zugeben, dass das wohl kaum der Rede werth und wohl nicht im Stande ist eine Einschränkung der Pilocarpinbehandlung wünschenswerth erscheinen zu lassen, dass dieses seltene und geringgradige Auftreten unangenehmer Nebenwirkung in meinen Fällen, sowohl auf die Vorsicht in Bezug auf die vorherige Nahrungsaufnahme, als auch auf das vorsichtige Steigen in der Dosis und auf die relative Kleinheit der meist verabfolgten Dosis (0,015) zu beziehen ist, scheint mir evident; besonders wenn man diese Fälle z. B. mit denen Landesberg's vergleicht, der das Pilocarpin subcutan zu 0,02—0,06 verabfolgte und von 9 Augenkranken bei 7 mehrfaches heftiges Erbrechen, Gastralgien, Strangurie, und mehrmals Collaps etc. beobachtete.

Bei Behandlung von Augenleiden besteht nun aber nie ein Grund, der die sofortige Anwendung grösserer Pilocarpindosen rechtfertigen könnte. Von Allgemeinleiden könnte dieselbe bei acuter Nephritis mit Uraemie und bei Diphtheritis in Frage kommen; aber auch da ist es doch gewiss viel richtiger mehrmals an demselben Tage entsprechend kleinere Dosen zu verabfolgen, falls man die subcutane Anwendung vorzieht, oder die Verabfolgung auf ganz kleine Dosen über den Tag zu vertheilen, wenn man wie Guttman bei Diphtheritis das Mittel innerlich giebt. Letzterer führt, wie ich erwähnen muss, gar keine unangenehmen Nebenwirkungen an, obgleich er mehrere sehr schwere Fälle von Diphtheritis behandelte.

Ich kann nun also nach alle dem die obenerwähnte Empfehlung durchaus stützen, nach welcher nie gleich mit grösseren Dosen Pilocarpin zu beginnen ist, namentlich nie bei irgend welchen zur Vorsicht mahnenden Momenten, sondern die Dosis mehr oder weniger rasch, je nach der Dringlichkeit der Indication bis zur ausreichenden Wirkung wiederholt, resp. gesteigert werden soll. Grössere Dosen als 0,02—0,03 für Erwachsene halte ich überhaupt nur selten für nöthig; bei Augenkranken fast nie. Für recht wichtig halte ich die Massregel zur Vermeidung des Erbrechens, das als mögliche Ursache des Collapses zu fürchten ist, den Pat. die letzte Mahlzeit nicht weniger als 3—4 Stunden vor der Injection zu gestatten.

Indem ich jetzt zur Bedeutnng des Pilocarpins in der Ophthalmologie übergehe, muss ich zunächst der *myotischen* Wirkung desselben bei localer Application Erwähnung thun. — Dieselbe ist nicht sehr stark und wir besitzen bereits in dem Eserin ein bedeutend energischeres Myoticum, das Alles leistet, was man verlangt. Daher erscheint das Pilocarpin in dieser Beziehung fast vollkommen entbehrlich, nur in einzelnen wenigen Fällen, wo der lange Gebrauch des Eserin zu Conjunctivitis geführt hat, kann man mit Nutzen für einige Zeit das Pilocarpin substituiren.

Von den Allgemeinleiden, bei welchen man bisher die Pilocarpinbehandlung für indicirt gehalten und versucht hat, sind es vor allem die *Syphilis*, viel seltener die acute und chronische Nephritis, sowie der Rheumatismus, welche zu Augenleiden führen.

Gegen die *syphilitischen Augenaffectionen*, als deren häufigste die Iritis zu nennen ist, hat sich das im hiesigen Augenhospital stets dagegen angewandte Quecksilber meist so gut bewährt, dass eine Anwendung von Pilocarpin nur für die wenigen Fälle nöthig erscheinen könnte, wo das

Quecksilber uns im Stich lässt. Dies ist bei der Iritis syph. sehr selten der Fall, kommt aber immerhin vor. In einem derartigen Falle von Iritis gummosa, wo das Quecksilber bis zur Salvation und starker Zahnfleischaffection in Form von Einreibungen und Injectionen gegeben worden war und die Gummata der Iris trotzdem grösser wurden, die Iritis zunahm, hatten 4 Injectionen von 0,02 Pilocarpin, trotz ausgiebiger Allgemeinwirkung, keinen Einfluss auf den Gang der Krankheit, so dass es geboten erschien zu täglichen Punctionen der Cornea überzugehen.

Wichtiger als für die Iritis wäre uns das Pilocarpin für die sehr hartnäckige und häufig trotz ausgiebiger Quecksilber- und Jodkalibehandlung zu allmählichem Verlust des S führende Chorioretinitis syphil. — Ein Versuch von Landesberg mit Jaborandiinfus führte zu wesentlicher Besserung in einem Fall, wo das S auf beiden Augen schon auf Fingerzählen in 10 und 18 Fuss gefallen war; es hob sich auf $^2/_7$ beiderseits. — In einem von mir behandelten Falle, wo bereits sehr viel Quecksilber und Jodkali gebraucht worden war und das S bei jeder Quecksilbercur sich besserte und wieder verfiel, trat nach Pilocarpin günstige Besserung des S auf, die aber noch während der Cur einer bedeutenden Verschlechterung Platz machte, welche später wieder ein wenig zurückging. Die Untersuchung mit dem Augenspiegel lehrte, dass das Leiden fortbestand. Dasselbe ist jetzt nach 3 Monaten der Fall, wo sich das S unter Jodkali wieder ein wenig gebessert hat. — In einem zweiten Fall, wo das Pilocarpin allerdings wegen starker Anämie nicht energisch angewandt werden konnte, trat Besserung des S ein, das Leiden bestand aber fort und führte schon nach 10 Tagen wieder zu bedeutender Verschlechterung des S. — So lange eben die Chorioretinitis nicht endgültig geschwunden ist, so lange können hier stets neue Entzündungsschübe, Verschlechterungen auftreten und schliesslich zur Erblindung führen. — In beiden Fällen also hatte das Pilocarpin die erhoffte Wirkung nicht; es leistete nicht mehr als das Quecksilber. Werden auch erst weitere Versuche mit der Pilocarpinbehandlung den Werth derselben für die Chorioretinitis syphil. constatiren, so scheint es doch wohl, dass man hier nicht zu viel von derselben erwarten darf.

In einem Fall von *urämischer Amaurose* bei Nephritis scarlat. gelang es Prätorius durch 2 Pilocarpininjectionen die urämischen Erscheinungen und mit ihnen die Amaurose zum Schwinden zu bringen. Da in solchen Fällen das Augenleiden gegenüber dem Allgemeinleiden ganz in den Hintergrund tritt, so giebt dasselbe doch keine besondere Indication für die Behandlung; ich wollte hier nur dieses nicht uninteressante Factum angeführt haben.

Anders stellt sich die Sache öfters bei der *Retinitis bei Morbus Brightii.* Hier kann das Augenleiden für sich allein die dringende Indication für eine energische Behandlung geben, wenn dasselbe bei noch nicht weit vorgeschrittenem Allgemeinleiden bereits so stark entwickelt ist, dass das vorhandene S für die Beschäftigung nicht mehr ausreicht und die Pat. an der Ausübung ihres Berufes verhindert werden.

Solcher Fälle hatte ich 3 behandelt; zwei Pat. waren Männer von gegen 40 Jahren; bei relativ gutem Allgemeinbefinden, das ihnen noch die Ausübung ihres Berufes vollkommen gestattete, war bei Beiden das S auf dem besser sehenden Auge auf $^1/_{10}$ gesunken, d. h. sie konnten nur noch Finger in 20′ unterscheiden, nicht mehr lesen oder schreiben. Im Laufe von 12 Tagen durch Injectionen zu 0,015 Pilocarpin erhielt der eine ein vollständig normales S, der andere $^1/_3$ des normalen, das ihm zur Arbeit ausreichte, wieder. Im 3. Fall fühlte sich die 47jährige Pat. fast ganz gesund; das Nierenleiden wurde durch die Retinitis, die ebenfalls zum Verfall des S auf $^1/_{10}$ geführt hatte, entdeckt. Hier bewirkten 9 Injectionen in 9 Tagen Verbesserung des S auf $^1/_4$.

Recht bedeutend war der Kräfteverfall durch die Nephritis in einem 4. Fall, doch war die Pat., Fabrikarbeiterin, immerhin noch arbeitsfähig, während ihr S ebenfalls bereits auf $^1/_{10}$ gesunken war. Dasselbe stieg nach 12 Injectionen auf $^1/_2$. — Im 5. Fall, in welchem während des Aufenthaltes der Pat. im Hospital überhaupt kein Eiweiss im Harn nachgewiesen werden konnte, während jetzt 3 Monate später reichliche Mengen sich in demselben finden, war das S noch $^1/_{10}$ und $^1/_6$; es stieg nach 6 Injectionen nicht. Daher wurde, weil man an der Diagnose zweifelhaft wurde, zunächst von den Injectionen abgesehen, 2 künstliche Blutegel an die Schläfen gesetzt, wonach im Laufe von 2 Wochen das S sich auf $^1/_3$ und $^1/_2$ hob. Da ein günstigeres Resultat nicht zu erwarten war, so unterblieben weitere Injectionen.

In der Literatur habe ich nur einen von Landesberg mit Pilocarpin behandelten Fall von Retinitis Morb. Brightii gefunden, wo rasche Besserung des S. stattfand.

Diese Besserung des S ist aller Wahrscheinlichkeit nach auf das Schwinden der Infiltration des Nerv. opticus und der Retina zu beziehen und wird in den einzelnen Fällen die Besserung um so grösser sein, je mehr es sich noch um Infiltration und noch nicht um Zerstörung und organische Veränderung der Retinalnervenfasern handelt. Wie weit dieselbe eine bleibende ist, lässt sich bei der kurzen Zeit, welche das Pilocarpin überhaupt angewandt worden ist, noch nicht sagen. Ich kann für's Erste nur die Mittheilung machen, dass bei einer Pat. drei Monate später das S von $^1/_2$ auf $^1/_4$ zurückgegangen, aber noch nicht so schlecht geworden war wie vor der Pilocarpinbehandlung, wo $S = ^1/_{10}$, obgleich die ohnehin schon geschwächte Pat. gleich nach der Cur Typhus abdominalis durchmachte, der einen Abort zur Folge hatte; natürlich war dadurch das Allgemeinbefinden ein recht schlechtes geworden.

Wir können aus alledem jetzt bereits schliessen, dass das Pilocarpin, ganz abgesehen davon, ob sich eine günstige Wirkung desselben auf die chron. Nephritis in Zukunft herausstellt, für den Ophthalmologen bei Behandlung der Ret. Morb. Brightii ein sehr schätzenswerthes symptomatisches Mittel ist. Selbst wenn es sich herausstellt, dass die durch dasselbe erzielte Verbesserung des S nur einige Monate andauert, so kann doch durch eine Behandlung von wenigen Tagen das früher erzielte Resultat wiedergewonnen werden. Ob Dampf- oder heisse Bäder dasselbe leisten, wie Pilocarpin, vermag ich nicht zu sagen; jedenfalls aber ist ihre Anwendung unendlich viel umständlicher, bisweilen auch unmöglich und für den Kranken gewiss nicht bequemer, so dass die Einfachheit der Behandlung und die Sicherheit der Wirkung die Anwendung des Pilocarpins in diesen Fällen entschieden vorzüglicher erscheinen lassen.

Weiter wird das Pilocarpin indicirt erscheinen bei der in

der neueren Ophthalmologie sehr zusammengeschmolzenen Gruppe der rheumatischen Augenleiden, doch habe ich leider noch keine Gelegenheit gehabt, dasselbe in solchen Fällen anzuwenden, auch sind mir keine Fälle von Anwendung des Pilocarpin bei rheumatischen Augenleiden in der Literatur aufgestossen.

Ausser diesen Indicationen für die Pilocarpinbehandlung, wo ein die Augenaffection bedingendes Allgemeinleiden die Anwendung des Pilocarpin geboten erscheinen lässt, giebt es nun noch eine ganze Reihe von Augenleiden, bei welchen das Pilocarpin durch seine diaphoretische und sialagoge Wirkung als energisches Resorbens indicirt erscheint. Wenn sich für diese Leiden eine günstige Wirkung des Pilocarpin durch die Erfahrung feststellen lässt, so würde das Pilocarpin an die Stelle des jetzt noch vielfach bei nichtsyphilitischen Augenleiden als Resorbens gebrauchten Quecksilber und Jodkali treten, deren resorptive Wirkung ja jetzt vollständig bestritten wird, ohne dass die Praxis sich derselben bisher hat entschlagen können.

Besonders günstig lauten nun bisher die Berichte über die Behandlung der *Glaskörpertrübungen* verschiedenen Ursprungs, namentlich falls dieselben unlängst entstanden sind. Hier hat nur Schmidt-Rimpler gegenüber einer ganzen Reihe anderer Beobachter das Quecksilber vorzüglicher gefunden. Ebenso günstig wirkend fand man das Pilocarpin bei der *acuten Iridocyclitis* und *Iridochoroiditis*, zum Theil auch bei chronischer *Choroiditis*, welche alle die häufigsten Ursachen jener Glaskörpertrübungen abgeben. Ich habe nun in 2 Fällen von Iridochoroiditis nach Febris recurrens und in 1 Fall, wo nach Febr. rec. nur erst Glaskörpertrübungen aufgetreten waren, Pilocarpin angewandt und im letzteren Fall durch im Ganzen 0,09 Pilocarpin das S von $^1/_2$ auf 1 gebracht. In den beiden ersteren Fällen brauchte es 0,17 und 0,21 Pilocarpin, um die Entzündung zu heben (natürlich bei gleichzeitigem Atropingebrauch, der die Wirkung des Pilocarpin nicht hindert); das S war dabei auf $^2/_3$ gestiegen von $^1/_{60}$ und $^4/_{60}$. Die Wirkung war mithin eine recht günstige zu nennen, da die Heilung solcher Fälle meist mehrere Wochen, ja Monate beansprucht trotz des üblichen Jodkaligebrauchs. Ganz geschwunden waren allerdings, trotz des Schwindens der Entzündung, in jenen Fällen die Glaskörpertrübungen noch nicht, doch störten sie das S, wie angegeben, nur wenig. Eine entschieden günstige Wirkung auf die Resorption der Glaskörpertrübungen mit entsprechender Verbesserung des centralen S übt das Pilocarpin auch bei *Netzhautablösungen* aus, wie ich mich in 6 Fällen habe überzeugen können. Das bei diesen erhoffte Resultat, die Anlegung der abgelösten Retina trat dagegen nur 1 Mal ein, während in den anderen Fällen nur ein Geringerwerden der Ablösung mit entsprechender Vergrösserung des Gesichtsfeldes sich constatiren liess. Für indicirt hielt man hier das Pilocarpin, weil man glaubte das die Netzhautablösung bewirkende Exsudat zur Resorption bringen zu können. Gelang dies nun auch nur zum Theil, so ist immerhin die erzielte Besserung insofern schon schätzenswerth, als man bisher durch eingreifendere Mittel, wie Punction der Retina und Sclera, auch nur in einem kleinen Theil der Fälle Heilung und auch diese meist nur vorübergehend hat erzielen können. Es wird die Pilocarpinbehandlung also jedenfalls vor der operativen Behandlung, besonders in frischen und nicht hochgradigen Fällen zu versuchen und erst im Fall ihrer Resultatlosigkeit der Versuch mit der Operation zu machen sein.

In 1 Fall wurde das Pilocarpin versucht bei *Episcleritis*; die recht starke Schwellung des episcleralen Gewebes schwand nach 20 Injectionen.

Ebenfalls in 1 Fall wurde es bei *Keratitis parenchymatosa* auf hereditär-syphilitischer Basis in Anwendung gezogen. Das schon 2—3 Monate lang mit Atropin vergeblich behandelte Auge besserte sich langsam aber stetig unter den fortgesetzten Injectionen. Pat. ist noch eben in Behandlung, die Entzündung ist aber bereits nach 7 Injectionen in 10 Tagen soviel besser geworden, dass man das Schwinden derselben in kurzer Zeit erwarten kann. Wenn sich das Pilocarpin für die parenchymatöse Keratitis auch bei weiteren Versuchen so nützlich erweist, so würde dasselbe schon desshalb allein für den Ophthalmologen von grosser Wichtigkeit sein, weil es nur allzuoft gegen jene ungemein hartnäckige und langwierige Entzündung alle Mittel mit geringem Erfolge aufbietet.

Endlich habe ich das Pilocarpin noch in 2 Fällen von *Neuroretinitis* angewandt, in welchen kein ursächliches Allgemeinleiden nachweisbar war. In 1. Fall trat nicht die geringste Besserung ein, ebensowenig wie nach dem später gebrauchten Quecksilber; es fand dies seine Erklärung in später auftretender Lähmung verschiedener Augenmuskeln, wodurch das Vorhandensein eines Gehirntumors wahrscheinlich gemacht wurde. Im 2. Fall, in welchem zuerst 14 Tage lang Sublimat innerlich mit geringem Erfolge gebraucht worden war, schwand die Neuroretinitis auf dem einen Auge in 3 Wochen vollständig; das S war von $^1/_{10}$ auf $^2/_3$ gestiegen; auf dem anderen Auge war die Entzündung fast geschwunden, das S hob sich nur auf $^3/_{60}$.

Schon aus der Aufzählung aller dieser verschiedenen Augenleiden, bei welchen man die Pilocarpinbehandlung für indicirt gehalten und mit mehr oder weniger Erfolg in Anwendung gezogen hat, können Sie, m. H., ersehen, was für eine Bedeutung das Pilocarpin für die Augenheilkunde haben würde, wenn alle auf dasselbe gesetzten Erwartungen sich erfüllen würden. Zunächst sind, wie bei jedem neuen Heilmittel, einzelne Enttäuschungen schon erfolgt, wie z. B. bei der Behandlung der Netzhautablösung und der Chorioretinitis syphil.; andere Enttäuschungen stehen wohl noch bevor oder werden die zu hoch gespannten Erwartungen wenigstens herabgemindert werden. Nichtsdestoweniger aber geht doch schon jetzt aus den anderweitig, sowie im hiesigen Augenhospital gemachten Erfahrungen unzweifelhaft hervor, dass die energische resorptionsbefördernde Wirkung des Pilocarpin bei vielen acut entzündlichen Augenleiden den Entzündungsprocess zum Stillstand und Schwund zu bringen im Stande ist, sowie sie andererseits bei chronischen Leiden ein entschieden rascheres Schwinden der Exsudate und Infiltrationen aus dem Glaskörper und den verschiedenen Membranen des Auges zu Wege bringt. Sind auch die Indicationen für die Pilocarpinbehandlung und die Leistungsfähigkeit der letzteren noch nicht genügend festgestellt, so lässt sich doch jetzt schon fast mit Sicherheit sagen, dass das Pilocarpin im Arzneischatze der Ophthalmologie bald einen hervorragenden Platz einnehmen wird.

Referate.

J. Sharnowsky: Behandlung der Atherome ohne operativen Eingriff. (Wratsch № 49.)

1875 schlug Prof. Panas in Paris vor bei Ranula statt zu operiren, einfach Injectionen von 3—10 Tropfen einer 10%igen Chlorzinklösung anzuwenden und beschreibt einen Fall, wo nach 2maliger Injection in 5 Wochen eine Ranula vollkommen atrophirt war.

Dieses brachte den Vf. auf den Gedanken, dasselbe Verfahren auch bei Atheromen zu versuchen und zwar zuerst bei einer Frau mit einer derartigen Geschwulst des oberen Augenlides. Die Injection machte nur geringe Schmerzen und nach einigen Stunden traten Schwellung und leichte Entzündungserscheinungen auf. Nach 3maliger Wiederholung mit 5tägigen Pausen war die Geschwulst zum Schwinden gebracht.

Seither hat Vf. dieses Verfahren 11 Mal angewandt, mit demselben Erfolg und waren 3—9 Injectionen nöthig zur vollständigen Reduction der Geschwulst. Bei jungen Patienten trat Heilung schneller ein. Abscessbildung wurde nicht beobachtet. Vf. macht die Injection in's Centrum der Geschwulst. —P.—

Hermann Kraussold: Ueber Nerven- und Sehnennaht. (Centralbl. f. Chir. 1880. № 47.)

Als Beweis, in welcher Ausdehnung Nerven- und Sehnennaht noch mit gutem Erfolg angewandt werden können, ist folgender vom Verf. mitgetheilte Fall höchst interessant: Eine Melancholikerin hatte sich in selbstmörderischer Absicht mit einem Taschenmesser Schnitte auf der Volarseite der Handgelenksgegend beigebracht, wobei sie durchtrennt hatte: links zwei Finger breit über dem Gelenk die Art. radialis und ulnaris, den N. radialis und ulnaris ganz, den N. medianus zu mehr als drei Viertheilen, ferner die Sehnen des M. flexor. dig. sublimis vollständig, die Sehnen des M. flex. dig. profund. nur theilweise. Rechts sind ebenfalls 2—3 Finger breit über dem Gelenk durchschnitten: die Art. radialis, ulnaris und interossea, der N. radialis, ulnaris und medianus, der N. ulnaris zu $^2/_3$, ausserdem die Sehnen des M. flex. dig. profund. et sublimis, des M. flex. follic. long. Verf. unterband alle Arterien doppelt, und vereinigte die Nerven und Sehnen (13 Sehnen) durch Nähte. Drei Wochen nach der Verletzung war die Sensibilität wieder vollständig normal, Bewegungen, active und passive, alle möglich, wenn auch noch etwas behindert und nicht kräftig. Am Kleinfingerballen war eine kleine, umgrenzte Stelle gangränös abgestossen, im Uebrigen fieberlose, reactionslose Heilung. T.

C. Schroeder: Die Laparotomie in der Schwangerschaft. (Zeitschr. für Geburtshülfe u. Gynäkologie. Bd. V. Heft II.)

Zur Lösung der Frage, ob und eventuell unter welchen Umständen die Ovariotomie in der Schwangerschaft auszuführen sei, liefert Verf. einen Beitrag durch Veröffentlichung von 7 einschlägigen Krankheitsgeschichten. Die Fälle sind folgende:

1. III para. 16. November 1875 letzte Periode. Ovariotomie 25. Mai 1875. Stiel versenkt. Genesung. Am 31. August 1876 leichte und glückliche Entbindung.

2. II para. Ende Juni letzte Menses. Wegen Prolaps des graviden Uterus und Harnverhaltung, Punction des Kystoms am 7. Oct. 1876. Darnach Vereiterung des Cyste. Temp. 40,2. Ovariotomie 30 Oct. 1876. Abfall des Fiebers. Rechtsseitige Parametritis. Abortus am 13. Tage. Ungestörte Genesung. Später hat Pat. noch zweimal concipirt und ist am normalen Ende niedergekommen.

3. III para. Anfang October 1877 letzte Menses. 27. Januar 1878 Ovariotomie. Leicht zu trennende Verwachsungen der vorderen Bauchwand. Stiel doppelt unterbunden, versenkt. Ganz glatter Verlauf. Spontane Entbindung am normalen Ende.

4. XII para. 7 Monate schwanger. 30. April 1878 Ovariotomie. Reconvalescenz durch Fieber getrübt. Am 4. Mai partus praematur. in der 28. Woche. Kind lebt 4 Tage. Post partum, schnelle Convalescenz. Ein Jahr später hat Pat. wieder concipirt und ist leicht mit lebendem Kinde niedergekommen.

5. I para. Aufang März 1878 letzte Menses. 25. Mai 1878 Ovariotomie. Stiel versenkt. Reconvalescenz ungestört. Geburt am normalen Ende.

6. VI para. 6. Juli 1879 letzte Menses. Ovariotomie 5. October 1879. Verlauf glatt. 13. April 1880 normale Geburt.

7. V para. 4 Monat schwanger. Laparotomie 31. Januar 1880. Schnitt bis zum proces. xiph. Es wurden entfernt ein rechtsseitiger grosser cystischer Ovarialtumor, in seiner ganzen collossalen Peripherie adhaerent, dessen Pseudomembranen voll auf die rechte Kante des Uterus übergehen, ferner eine kleine langgestielte vierlappige Geschwulst, dem linken Ovarium angehörend. Am 19. März 1880, 7 Wochen nach der Operation, Abort mit lebender Frucht, die bald darauf starb. Genesung erfolgt langsam, da Pat. am 11. Tage nach dem Abort durch Exploration der Uterushöhle inficirt wurde.

In allen 7 Fällen wurde die Diagnose, Ovarialtumor complicirt mit Gravidität, vor Ausführung der Operation gestellt, und zwar stützte sich dieselbe hauptsächlich auf folgende Momente: Ausbleiben der Periode, Nachweis des weichen vergrösserten Uterus neben dem prallen Ovarialtumor.

Was die Therapie in solchen Fällen betrifft, so neigt sich Verf. der Ovariotomie zu, da die Prognose der Operation auch bei Complication mit Gravidität für die Mütter keine schlechtere ist als im Allgemeinen, worauf schon Olshausen aufmerksam macht, durch Zusammenstellung von 14 Fällen, von denen nur 2 Mütter zu Grunde gingen. Was die Prognose für das Kind anlangt, so scheint dieselbe eine recht günstige zu sein, denn von den genannten Fällen erreichten 4 das normale Ende der Schwangerschaft, bei den von Olshausen zusammengestellten abortirten von 14 Müttern nur 4. Erwägt man ferner, dass der Abort bei Complication von Ovarialtumor mit Gravidität, sehr häufig eintritt, so muss man die Chancen für das Kind als sehr günstige bezeichnen.

Den Schluss der Arbeit bilden 5 Fälle von Uterusmyomen, complicirt mit Schwangerschaft. Im ersten Fall wurde die Gravidität übersehen und durch unvorsichtiges Sondiren Abort herbeigeführt; auch in beiden folgenden trat Abort ein. Im 4. Fall wurde das Kind mit der Zange extrahirt, nachdem das sehr grosse Myom aus dem kleinen Becken in die Höhe gewichen war. Pat. starb plötzlich nach einigen Tagen. Im 5. Fall die Diagnose gestellt auf Schwangerschaft, complicirt durch ein grosses gestieltes subseröses Myom und mehrere kleine. Wegen rapiden Wachsthums schritt man zur Laparotomie. Es wurde der grosse Tumor entfernt und ausserdem 2 kleine Myome abgebunden. Stiel versenkt. Verlauf glatt. Das Kind wurde ausgetragen.

Die Diagnose dieser Complication ist viel schwieriger zu stellen, da das durch Schwangerschaft bedingte Aufhören der Menses häufig durch intercurrirende Blutungen verdeckt wird. Wahrscheinlich ist die Gravidität, wenn zwischen den harten Myomen eine auffallend weiche Stelle hindurchzufühlen ist. Wächst gerade diese weiche Stelle, so spricht das entschieden für Gravidität.

Was die Therapie betrifft, so scheint das Einleiten des künstlichen Abortes in solchen Fällen angezeigt, denn selten wird die Myotomie, wie im 5. Falle ausführbar sein. W.

S. H. Scheiber: Ein Fall von mikroskopisch kleinen Rundwürmern — Rhabditis genitalis — im Urin einer Kranken (Virch. Arch. Bd. 82, S. 161).

Verf. berichtet über folgenden Krankheitsfall: Eine Frau von 35 Jahren lag seit 9 Wochen zu Bett mit ziemlich complicirten Krankheitserscheinungen und war, was die Pflege betrifft, ein wenig vernachlässigt. In dem trüben, rasch alcalisch werdenden Urin fand Verf. ausser Eiterkörperchen regelmässig während einer längeren Zeit eine grosse Menge theils noch lebender, theils bereits abgestorbener Würmchen. Die grösseren und grössten lebten in dem Urin durchschnittlich noch etwa 3 Tage. Sie waren sämmtlich mit deutlichen Geschlechtsorganen versehen, Männchen und Weibchen vertreten. In den letzteren fanden sich 1—5—10 Eier, die stets einzeln hintereinander gereiht von länglich ovaler Form waren und zwar verschiedene Grade der Entwickelung darboten, aber doch immer nur die Erscheinungen der ersten Dotterfurchung zeigten. Die Grösse der Weibchen betrug 0,9 bis 1,32 Mm., die Männchen waren etwas kleiner, beide hatten die Gestalt von Rundwürmern, die Männchen eine etwas plumpere Körperform. Bei microscopischer Untersuchung fanden sich in jedem Tropfen etwa 3—5 solcher Würmchen und schätzt Verf. die Zahl der jeden Tag mit dem Urin entfernten Würmer auf viele Tausende. Um einen Fall von Chylurie, wie diese in den heissen Klimaten beobachtet wird und nach der Entdeckung von Lewis von der Filaria sanguinis hominis abhängt, handelte es sich nicht. Es tauchten auch Zweifel auf, ob die Parasiten unmittelbar aus den Harnwegen kämen oder mittelbar, d. h. dadurch, dass sie sich von den äusseren Geschlechtstheilen her dem Urin beimischten, in diesen gelangten. Verf. verordnete daher die Genitalien der Kranken täglich mehrere Mal zu waschen. Diese Massregel war von eclatantem Erfolg. Schon am folgenden Tage waren die Würmer nur spärlich im Urin zu finden und am 3. Tage waren sie ganz verschwunden. Verf. rechnet den beobachteten Wurm zum Dujardinschen Genus Rhabditis, welche Gruppe von Nematoden meist in sumpfigem Wasser oder in feuchter mit fauligen Stoffen geschwängerter Erde frei zu leben pflegt. Er glaubt, dass es sich in diesem Fall um einen gelegentlichen Parasitismus handelt; wie aber der beschriebene Parasit in die Sexualorgane der Kranken gelangt sein könnte, darüber vermag er nichts anzugeben. β.

Meschede: Ueber pathologische Veränderungen und über die functionelle Bedeutung der Olivenstränge des verlängerten Marks. (Tageblatt der 53. Naturforscherversammlung nach Centralbl. für Nervenheilkunde 1880, pag. 517).

Verf. hat 2 einschlägige Beobachtungen gemacht. Die erste betraf einen 22jährigen Landmann, der 2—3 Jahre in der Irrenanstalt Schwetz die Symptome *tiefen Stupors* und *Blödsinns* darbot und an Tuberculose zu Grunde ging. Seine anfangs fast unbewegliche Haltung mit fest zugekniffenen Lippen und zu Boden gesenktem Blick wurde einige Wochen später nach einer versuchsweisen Einreibung von Ung. Tartari stibiati auf den Schädel etwas mobiler, wobei der Kranke *meist sich in einer kleinen Kreisbahn bewegte*, gewöhnlich in der Richtung von links nach rechts, der blödsinnige Zustand blieb derselbe, es entwickelten sich Anämie und Kachexie, schliesslich Tuberculose und Wassersucht. Die *Section* ergab neben Lungen- und Darmtuberculose, tuberculöser frischer Peritonitis, speckiger Dege-

neration der Unterleibsorgane, brachycephaler Schädelform, einer hydropischen Kyste in der Zirkeldrüse, einer Verwachsung der Hinterhörner beider Seitenventrikel — *eine auffallende Asymmetrie der Vorderfläche der Medulla oblongata*, insofern *die rechte Olive kaum sichtbar* war; indess zeigte ein, 8½ Mm. unterhalb des unteren Randes der Brücke geführter Schnitt einen freilich auf die Hälfte der normalen Grösse reducirten Nucleus olivae dextrae.

Bei der *zweiten*, 38jährigen Kranken, welche einer stupiden Melancholie, die später in apathischen Blödsinn überging, gelitten hatte, war die *Rotationsbewegung* in bestimmter *Kreisbahnrichtung* noch mehr ausgesprochen. Der Kopf war durch die contrahirten Nackenmuskeln etwas nach hinten, das Gesicht nach oben gewendet, die Augen waren meist krampfhaft geschlossen, die bulbi nach rechts gedreht, die Pupillen erweitert. Sich selbst überlassen drehte sich Pat. stundenlang in aufrechter Stellung von rechts nach links um ihre Längsaxe und trat dabei mit den Füssen alternirend bald schleifend, bald stampfend auf. Dabei reagirte sie gegen die Aussenwelt gar nicht, hielt die Augen meist geschlossen, starr nach oben gerichtet und schien sich fast immer in einer Art ekstatischer Verzuckung zu befinden. Hautempfindlichkeit und Tastgefühl waren erheblich verringert, Verdauung träge, Schlaf mangelhaft. Der *Rotationsdrang*, der zuweilen von kataleptischen Zuständen und dem Triebe, mit dem Kopfe gegen die Kanten der Thürpfosten aufzuschlagen, abwechselte, *dauerte während ihres 6monatlichen Aufenthaltes in der Anstalt ziemlich ununterbrochen fort*. Die anfangs gleichzeitig mit der Rechtsstellung der Augäpfel beobachtete Drehung des Kopfes nach rechts wurde später nicht mehr gesehen; es wurde der Kopf in rhytmischen ununterbrochenen Stössen um die Längsaxe des Körpers von rechts nach links stärker als der Rumpf gedreht, wobei die Augen ebenfalls extrem um die Verticalaxe von rechts nach links rotirt wurden. Der Versuch den Körper in sitzender Stellung durch einen Vorschieber im Lehnstuhl zu fixiren, misslang, da die Kranke sofort eine halbe Kreisdrehung ausführte und ihr Gesicht ganz der Stuhllehne zuwandte, der Versuch, die Pat. in entgegengesetzter Richtung zu drehen, stiess auf heftigen continuirlichen Widerstand und trat die Rotation, nachdem die Kranke freigelassen, sofort wieder auf.

Ein während eines paralytischen Anfalls eingetretener Oberschenkelbruch heilte in einem Gypsverbande gut und starb die Kranke später unter den Zeichen einer Hirnlähmung. Die *Section* ergab eine deutliche Atrophie und Sclerose der linken Olive, welche auf dem Durchschnitte trübe dunkel entfärbt war, eine mehr filzige Structur zeigte, weniger Nervenzellen als die rechte Olive enthielt. Diese waren atrophisch und stärker mit gelben Pigmentkörnchen durchsetzt. Auch hier waren die Hinterhörner beider Seitenventrikel verwachsen, die Hemisphären des grossen Gehirns boten die Veränderungen des Blödsinns dar, während die des kleinen normal und relativ gross erscheinen. Diese Beobachtung lässt nach Verf. Ansicht den Schluss zu, dass die Zwangsrotation nicht auf Veränderungen im kleinen Gehirn, sondern auf solche in der einen Olive zurückzuführen sei, womit auch das bei Vivisectionen beobachtete Auftreten von Zwangsbewegungen ähnlicher Art übereinstimmt; der Verf. enthält sich aber noch einer Verallgemeinerung dieser Hypothese. Hz.

A. Ecker: Der Steisshaarwirbel (vertex coccygeus), die Steissbeinglaze (glabella coccygea) und das Steissbeingrübchen (foveola coccygea), wahrscheinliche Ueberbleibsel embryonaler Formen, in der Steissbeingegend beim ungeborenen, neugeborenen und erwachsenen Menschen. Mit Taf. III. u. IV. (Arch. für Anthropologie. Bd. XII. 1880.)

In der hier kurz zu referirenden Abhandlung lenkt Ecker die Aufmerksamkeit der Forscher auf das Steissende des Menschen in seinen verschiedenen Entwickelungsstufen und damit auf ein Gebiet, das aus mehrfachen Gründen als ein besonders wichtiges bezeichnet werden muss, was schon daraus hervorgeht, dass im Anschluss an die Ecker'sche Arbeit, zum Theil direkt durch dieselbe hervorgerufen eine Reihe von Publikationen erschienen sind, auf die wir später noch zurückkommen werden.

Ecker wurde auf die in Rede stehenden Bildungen gelegentlich seiner Studien «*über abnorme Behaarung des Menschen*» (Gratulationsschrift an C. Th. v. Siebold in München 1878) aufmerksam. Es ist aus der Entwickelungsgeschichte des Menschen bekannt, dass die embryonalen Haare im 3—4 Monat als schräg in die Cutis einwuchernde Zapfen des rete Malpighii entstehen und dass daher die sich entwickelnden Haare eine regelmässige, bestimmte Anordnung zeigen; es lassen sich «*Haarströme*» und als Knotenpunkte dieser «*Haarwirbel*» leicht erkennen, letztere sind zum grössten Theil divergirende sehr selten auch convergirende. Nur die convergirenden beschäftigen uns hier, da ein convergirender Haarwirbel (die Haarspitzen nach diesem hingerichtet) ganz constant bei menschlichen Foetus des vierten bis fünften Monats in der Steissgegend vorkommt; häufig sind die Haare in der Rückenlinie länger und bilden dann im Wirbel selbst ein kleines «*Haarschwänzchen*», welches mitunter etwas über der Steissbeinspitze liegt, gewöhnlich mit der Spitze zusammenfällt.

Ueber diesem Steisshaarwirbel findet sich — namentlich deutlich bei jüngeren Foetus — eine haarlose, kahle Stelle, meist in der Gegend des letzten Kreuz- oder ersten Steissbeinwirbels, die Ecker die «*Steissbeinglaze*» nennt. Häufig senkt sich der untere Theil der Glaze zu einem verschieden tiefen Grübchen ein, dem Ecker'schen «*Steissbeingrübchen*»; letzteres ist schon längere Zeit vom Neugeborenen und Erwachsenen bekannt, so erwähnen es Luschka und Hyrtl (foramen coecum recto-anale). Auch haben wir durch Lawson Tait (Nature vol. VIII. 22. Aug. 1878, p. 481) Angaben über die Häufigkeit des Vorkommens bei erwachsenen Frauen; bei 55% war keine Spur zu sehen, bei 22% war es schwach und bei 23% deutlich entwickelt. Auf Veranlassung Ecker's hat Dr. Schüll in Illenau statistische Notizen bei Männern gesammelt und gefunden, dass unter 88 Fällen das Grübchen fünfmal sehr ausgeprägt war, während es 16 Mal in der verlängerten Raphe beim Auseinanderziehen der Hinterbacken hervortrat.

Nach einer detaillirten Beschreibung dieser Bildungen bei einer grösseren Zahl Foetus und Neugeborener versucht Ecker, ausgehend von der Entwickelung des Steissendes beim Embryo die Bildungen mit einander in Zusammenhang zu bringen: Schon die älteren Abbildungen frühzeitiger, menschlicher Embryonen (erster Monat) von Costl und Ecker lehren, dass der menschliche Embryo jenseits der Anlage der hinteren Extremitäten einen «*schwanzförmigen Anhang*» besitzt, der, wie Ecker an gut conservirten [1]) Embryonen entdeckt hat, in ein feines, sich ziemlich scharf absetzendes Fädchen (*Ecker'scher Schwanzfaden*) ausläuft. Im Laufe der weiteren Entwickelung verkürzt sich der Anhang immer mehr und erscheint dann als «*Steisshöcker*», bis auch dieser verschwunden, d. h. von der Umgebung überwachsen wird. Ecker zeigt dann weiterhin, dass bei menschlichem Foetus das Steissbein Anfangs einen graden Verlauf von oben nach unten erkennen lässt, während die Steissbeinspitze an die Haut durch ein Ligamentum caudale (Luschka) angeheftet ist. Da nun nach Eschricht und Voigt convergirende Haarwirbel an solchen Stellen auftreten, an welchen zur Zeit der Haarbildung eine Dehnung der Haut stattfindet oder statthatte, so glaubt Ecker den Steisshöcker als die Ursache der Bildung des convergirenden Steisshaarwirbels ansehen, somit den letzteren auf den schwanzförmigen Anhang des Embryos zurückführen zu müssen. Weniger sicher ist die Entstehung der Steissbeinglaze, die sich durch Haarlosigkeit, Dünnheit und Gefässreichthum auszeichnet; Ecker betrachtet die Glaze aus mehreren Gründen als die späteste Schlussstelle des Wirbelcanales, als eine Art unterer Fontanelle.

Am spätesten erscheint das Steissbeingrübchen, welches aber auch oft persistirt; es wird erklärt durch die bei der Krümmung des ursprünglich graden Steissbeines stattfindende Einziehung der Haut an der Steissbeinspitze, mit der die Haut hart durch das straffe Ligamentum caudale verwachsen ist. Br.

Joh. Schnitzler: Erste endolaryngeale Operation in der Narkose. (Wiener med. Presse. 1880, № 48 u. 49.)

Bei einem an Papilloma laryngis leidenden *8jährigen* Knaben hat S. die endolaryngeale Entfernung der Neubildung in der Aethernarkose mit glücklichem Erfolge ausgeführt und damit zum ersten Mal den practischen Beweis geliefert, dass die Narkose nicht nur ein höchst erwünschtes, sondern unter Umständen auch ein in der That anwendbares Hülfsmittel bei endolaryngealen Operationen ist. Die Operation beschreibt er folgendermassen: «Ein mir gegenüber sitzender Gehülfe nahm den Knaben auf den Schooss und hielt ihn fest. Sodann wurde er mit Aether narcotisirt. Sobald der Junge eingeschlafen war, öffnete ein Assistent mit einem geeigneten Dilatator den Mund, zog mit einer entsprechenden Zange die Zunge heraus, fasste diese sodann mit seiner linken Hand und hielt sie derart, dass ich mit dem Kehlkopfspiegel nicht nur bequem in die Rachenhöhle gelangen, sondern auch das Licht von einer rechts vom Kranken befindlichen Gasflamme mit einem an meiner Stirn befindlichen Reflector in die Mundhöhle leiten konnte. Den Spiegel mit der linken Hand haltend, führte ich mit der rechten Hand die Kehlkopfpolypen-Quetschpincette ein, und ohne mich durch das im Rachen sich ansammelnde Secret beirren zu lassen, gelang es mir, das Neugebilde rasch zu fassen und schnell zu extirpiren».

Gleich darauf erwachte Pat. aus der Narkose, ohne eine Ahnung davon zu haben, was mit ihm vorgegangen war. Abgesehen von einem leichten, durch Aetzung beseitigten Recidiv, war der Erfolg der Operation ein günstiger. D—o.

Prof. F. Petersen: Ueber Sectio alta. (Arch. f. klin. Chir. Bd. XXV, Heft 4.)

Verf. schlägt ein neues Verfahren vor, um die Gefahren der Sectio alta, die Verletzung des Peritoneums, um ein Bedeutendes herabzu-

[1]) Bei dieser Gelegenheit sei für etwaige Vorkommnisse bemerkt, dass Ecker, wie es auch der Referent schon vor Jahren gethan hat (Zool. Anzeiger I. Jahrg. № 4, p. 79—81) als erstes Conservirungsmittel den Alkohol verwirft, da er Schrumpfungen hervorruft; es empfiehlt sich, derartige Objecte erst auf 12—24 Stund. in ½—1% Chromsäurelösung einzulegen (grössere Embryonen mit geöffneter Leibeshöhle) und erst hierauf die Präparate in anfangs schwächeren (24 Stund. 50% Alkohol) dann stärkeren (90%) Alkohol zu geben, wodurch ein Schrumpfen stets vermieden wird.

setzen. Dieses Verfahren besteht darin, dass die gefüllte Harnblase aus dem kleinen Becken herausgehoben wird durch Anfüllung des Rectums mittelst eines Colpeurynters. Verf. hat sich davon überzeugt, dass eine Verletzung des Peritoneums auch bei ungeschickter Messerführung nicht möglich ist, sobald die Blase oberhalb der Symphyse einen deutlichen Vorsprung bildet. Sehr interessant sind des Verf. Messungen an Leichen. Er untersuchte an diesen, um wieviel die Umschlagsstelle des Peritoneums durch Anfüllung von Blase und Mastdarm nach oben verrückt werde. Hier sei nur aus der Tabelle erwähnt, dass bei Anfüllung der Blase und des Mastdarms (Colpeurynter) mit je 600 Ccm Wasser die Umschlagsstelle des Peritoneums im Minimum um c. 5,5 Cm., im Maximum um 6,5 Cm. hinaufverschoben wurde und dann stets über der Symphyse stand. Verf. weist ferner die gegen die Sectio alta gewöhnlich gemachten Einwürfe zurück und hebt als wesentliche Vorzüge derselben hervor: das offene Vorliegen des Operationsfeldes, die minimale Blutung, die leichte Exärese des Steins, und endlich die Möglichkeit, die gesetzte Wunde nach Lister zu behandeln. Zum Schluss sei noch erwähnt, wann nach der Ansicht des Verf die Epicystotomie jedenfalls indicirt ist: 1) bei grossen, harten Steinen; 2) bei eingesackten Steinen; 3) bei Steinen in Divertikeln hinter der Prostata; 4) bei Prostatahypertrophie; 5) bei Hämorrhoidariern; 6) bei fetten Personen; 7) bei Tumoren der Blase; 8) bei impermeablen Stricturen (behufs Vornahme des Catheterismus posterior).

T.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Paul Börner's Reichs-Medicinal-Kalender auf das Jahr 1881. Cassel, Verl. v. Th. Fischer. 2 Theile nebst einem Beiheft und einer Bäderkarte.

Börner's Reichs-Medicinal-Kalender erscheint bereits im zweiten Jahrgange, der gegen den vorigen mehrfache Verbesserungen und theilweise vollständige Umarbeitungen aufweist. Der I. Theil desselben, welcher als geschäftliches Taschenbuch den Arzt auf seiner Praxis begleiten soll, ist solide in Leder gebunden und mit einer Verschlussklappe versehen. Er enthält, ausser einem Tageskalender und bequemem Notizbuche sowie den in Kalendern üblichen Notizen, in seinem literarischen Abschnitte Bearbeitungen von bewährten Fachmännern, so von Prof. O. Liebreich über Anwendung und Dosirung der Heilmittel, über Symptome und Behandlung der acuten Vergiftungen; von Prof. Skrzeczka über Scheintod und erste Mittel bei plötzlichen Verunglückungen; von Docent Dr. Ewald über Thermometrie am Krankenbette und Harnanalyse, von Docent Dr. Horstmann eine Anleitung zur Bestimmung der Sehschärfe, der Refraction und Accomodation mit Proheschriften nach Snellen und einer Tafel zur Bestimmung der Farbenblindheit. Der zweite 790 Seiten starke Theil, ebenfalls geschmackvoll gebunden, giebt gleichsam ein Spiegelbild des deutschen Medicinalwesens in seinen materiellen wie persönlichen Beziehungen. Er enthält Mittheilungen über die Organisation des Medicinalwesens im deutschen Reich, die den Arzt interessirenden Gesetze und Bestimmungen, den Personalbestand der med. Facultäten, ein vollständiges Verzeichniss der Medicinalbehörden, sowie sämmtlicher Aerzte und Wundärzte in Deutschland, eine Statistik der Aerzte und ärztlichen Vereine Deutschlands, eine Uebersicht der Einrichtungen zur Versorgung und Unterstützung der Aerzte und ihrer Hinterbliebenen etc. In einem kleinen Beihefte von 50 Seiten folgt noch eine kurze Darstellung der Wundbehandlung, speciell der Ausführung des Lister'schen Verbandes von Dr. Rupprecht, ferner eine Anleitung zur hygieinischen Untersuchung von Luft, Wasser und Boden von Docent Dr. Flügge und zum Schluss eine kurze Abhandlung über die ärztliche Seite der Lebensversicherung von Dr. Paul Börner selbst, die recht praktischen Rathschläge für die vertrauensärztliche Untersuchung enthält.

Börner's Reichs-Med.-Kalender ist unter allen uns bekannten Kalendern der reichhaltigste; der II. Theil desselben ist eine besonders verdienstvolle Arbeit, da eine derartige Zusammenstellung in diesem Umfange und in dieser Vollständigkeit bisher nicht existirte. Druck, Papier und Ausstattung sind durchaus befriedigend. Bf.

Dr. Carl Koeppe: Die Homöopathie Hahnemann's und die Homöopathie der Neuzeit. (Berlin 1881, Verlag von Aug. Hirschwald, 8°, 100 Seiten.)

Vf. giebt uns eine ausführliche Darstellung der Entwickelung dieser Lehre, zugleich aber auch eine vernichtende Kritik.

Lässt Vf. auch noch in gewisser Beziehung der Lehre und dem System Hahnemann's Gerechtigkeit widerfahren, indem dieser als Kind jener Epoche in der Medicin (das Zeitalter der Schablone), was der Zeit entsprach, sein eigen nennt: das Suchen nach der Kraft, welcher die Materie abhanden gekommen ist, — so fällt dieser Grund bei Beurtheilung der neueren Homöopathie fort. Die Lehren und Principien dieser in einen alle Anschauungen umfassenden Rahmen zu bringen, ist unmöglich, da sogar über die Fundamentalsätze des Systems die Menge der von einander abweichenden und sich widersprechenden Ansichten eine zu grosse ist.

Wenn die Jünger der neueren Homöopathie von ihrer Lehre behaupten, erstens, dass sie eine von der Hahnemann'schen verschiedene sei, zweitens, dass sie den Charakter der Wissenschaftlichkeit führe, auf dem Boden der grossen medicinischen Errungenschaften unserer Tage stehend, so ist es Vf. gelungen, beide Behauptungen auf's Gründlichste zu widerlegen. Hlm.

Russische medicinische Literatur.

№ 18. **Wratsch.** № 4.
Inhalt: a. Prof. N. Ssorokin: Ueber die Parasiten bei Diphtheritis. (Vorläufige Mittheilung).
b) W. Drosdow: Ueber Hypnotismus.
c) Prof. N. Sklifassowski: Polyadenoma tractus intestinalis.
d) J. Troizki: Natron bicarbonicum bei Verbrennungen aller Grade.
e) H. Idelson: Ueber die Schwangerschaftsdauer. (Schluss).

№ 19. **Wratschebnija Wedomosti.** № 3.
Inhalt: a. Ueber die Mortalitätsstatistik in St. Petersburg.
b) P. Uspenski: Ueber Neurosen. (Forts.)
c) P. Kowalewski: Ueber Verbrechen von Idioten.
d) J. Iwanow: Morbilität und Mortalität in Kostroma im Jahre 1880.

№ 20. **Annalen der chirurgischen Gesellschaft in Moskau,** № 10.
Inhalt: a. N. Manssurow: Ueber Syphilis der fibrösen Gewebe und Sehnenscheiden.
b) W. Kusmin: Einige Fälle von Tetanus aus den Beobachtungen während des russisch-türkischen Krieges.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Zur Frage der Eisenbahnhygieine in Russland. (russ.) Sep.-Abdr. aus den Wratschebnija Wedomosti.

— Beiträge zur gerichtlichen Medicin von Prof. H. Friedberg. IV. Ein Fall von tödtlicher acuter Vergiftung durch Carbolsäure. (Sep.-Abdr. aus Virchow's Archiv. Bd. 83).

— Beitrag zur Lehre der Augenmuskellähmungen von Ulr. Herzenstein. Mit 2 Tafeln. Aug. Hirschwald. Berlin 1881.

— Klinische Wochenschrift. (russ.) № 1. Herausgegeben von Prof. S. Botkin u. N. Sokolow.

— Lehrbuch der Physiologie des Menschen von L. Landois. 21. Aufl. 1. Hälfte. Mit zahlreichen Holzschnitten. Urban u. Schwarzenberg. Wien u. Leipzig. 1881.

— Paris médical. № 83 u. № 3.

— Medicinisch-Chirurgisches Centralblatt. № 2.

— Therapeutische Notizen der deutschen Medicinal-Zeitung für d. J. 1880. Herausgegeben von Dr. Grosser. E. Grosser. Berlin 1881.

— Die Auswaschung der Harnblase von Dr. A. Fischer. (Sep.-Abdr. aus d. Berl. klin. Wochenschr. 1880. № 48).

— Die Diphtheritis keine Pilzkrankheit, von Dr. R. Crüwell. Fr. Axt. Danzig 1881.

— Handbuch der allgemeinen Therapie. Herausgegeben von Prof. H. v. Ziemssen. Bd. II. Th. III. Hydrotherapie von Dr. W. Winternitz. Mit 15 Holzschnitten. F. C. W. Vogel. Leipzig 1881.

— Compendium der Pharmacie von Dr. R. Godeffroy. Lief. 13 u. 14.

Feuilleton.

Eine hypnotische Sitzung in St. Petersburg.

Sonnabend d. 17. Januar d. J. hatte Herr Dr. Krajewski eine grosse Anzahl von Petersburger Aerzten bei sich versammelt, um ihnen die dankenswerthe Gelegenheit zu geben, im geschlossenen, gelehrten Kreise den Versuchen des in unserer Stadt durch seine hypnotischen Demonstrationen schon bekannten Dr. Lichonin beizuwohnen. Name und Stand des Veranstalters dieser hypnotischen Sitzung, sowie die Persönlichkeit des Experimentators, welcher selbst Arzt ist, bürgten dafür, dass an die Versuche mit dem gebührenden wissenschaftlichen Ernst herangetreten werden würde — ein Postulat, welches bei den Schaustellungen des nun auch in St. Petersburg glücklich beseitigten Magnetiseurs Hansen bekanntlich nicht erfüllt worden ist.

Die drei ersten Personen, welche an sich experimentiren liessen, waren ziemlich anämische, etwa 20jährige Männer. Nachdem sich dieselben auf bereitstehenden Stühlen niedergelassen und etwa 5—15 Minuten lang die ihnen in die Hand gegebenen blanken Metallknöpfe fixirt hatten, fuhr der Experimentator ihnen mehrmals, leicht mit der Hand über's Gesicht. Der Erste verfiel hierdurch in eine ziemlich tiefe Hypnose; die Augen schlossen sich und der Körper gerieth in eine starre Ruhe; Nadelstiche wurden nicht empfunden und erzielten keinerlei Reflexbewegungen; willkürliche Bewegungen fehlten vollkommen; auf Befehl erhob sich Pat. langsam und vollführte einige automatische Nachahmungsbewegungen, trat vorwärts, wenn man laut vor ihm herschritt und sagte vorgesprochene Worte nach. Beim Versuche, durch Streichen der Hand reflectorische Muskelcontractionen hervorzurufen, erwachte er ohne Erinnerung dessen, was mit ihm vorgegangen war. Ein Paar Minuten schien er noch etwas verwirrt und benommen, darauf aber erholte er sich vollkommen. —

Der Zweite war schon einmal früher von Dr. Lichonin hypnotisirt worden; er verfiel in den hypnotischen Schlaf, aus dem er jedoch bald erwachte, ohne besondere Erscheinungen dargeboten zu haben. Der dritte junge Mann hatte unterdessen fortwährend seinen Knopf angestarrt und als nun nach etwa einer halben Stunde Dr. L. auf ihn zutrat und ihm über's Gesicht zu streichen begann, fuhr er auf und gab an, dass ihm diese Manipulation unangenehm sei und dass er sich daher nicht mehr hypnotisiren lassen wolle. — Darauf setzten sich eine bleiche junge Dame und ein hagerer Mann von mittleren Jahren zum Versuche, doch gelang es bei keinem von Beiden die Hypnose hervorzurufen, wobei allerdings hervorgehoben werden muss, dass es im Saal nicht sehr ruhig war, und dass die Hypnotisirungsversuche an ihnen nicht sehr lange fortgesetzt wurden; die Dame bekam Herzklopfen, der Herr verspürte keinerlei Wirkung der Manipulationen; ähnlich ging es mit zwei weiteren Personen, einer gesund und frisch aussehenden jungen Dame, die vollkommen unbefangen blieb, und einem jungen Arzt, der nur ein leichtes Gefühl von Benommenheit im Kopfe davontrug. — Hierauf führte Dr. L. einen jungen Mann vor, an dem er schon häufig seine Versuche executirt hatte; nach kurzem Ansehen des blanken Knopfes verfiel derselbe in einen Zustand, der an tiefen Schlaf erinnerte; die Glieder sanken willenlos herab und es trat vollständige Willens- und Bewusstseinshemmung ein. An diesem ‹Object› demonstrirte Dr. L. in präcisester Weise die ganze Reihe von hypnotischen Erscheinungen, welche schon von Heidenheim beschrieben und von uns in № 20 des vorigen Jahrganges dieser Wochenschrift referirt worden sind. Wir können uns daher kurz fassen, und wollen nur einzelne Hauptsachen erwähnen: Es war vollkommene Anästhesie der Körperoberfläche vorhanden; willkürliche Bewegungen fehlten vollständig, dagegen war die Muskelerregbarkeit gegen den faradischen Strom und die Reactionsfähigkeit der Pupille gegen Lichteindrücke erhalten. Vollständige Nachahmungautomatie: vorgesprochene Worte, lautes Husten, Händeklatschen, Bewegungen, welche in's Gesichtsfeld der halbgeschlossenen Augen fallen, werden nachgemacht. Befehlsautomatie: wenn man dem Pat. befiehlt zu gehen, so schreitet er vorwärts, bis er mit dem Gesicht an die Wand stösst, befiehlt man ihm zu rauchen, so thut er es; leichte Kopfrechenexempel werden langsam gelöst; hält man ihm die Uhr vor die Augen, so giebt er die Zeit an. Erhöhte Muskelreflexe: streicht man leise über den Handrücken, so ballt sich die Faust und es contrahiren sich die Muskeln des Vorderarmes, später die des Oberarmes, der Schulter, des Rumpfes und schliesslich geräth der ganze Körper in tetanische Starre; durch einmaliges leichtes Klopfen auf die einzelnen Körperregionen löst sich die Steifheit derselben wieder; durch Bestreichen einzelner Parthien des Gesichtes lassen sich die verschiedensten mimischen Gesichtsverzerrungen hervorrufen. Dergleichen Versuche wurden vielfältig mit sich stets gleichbleibendem Erfolge variirt. Durch Anblasen des Gesichtes kam Pat. wieder zu sich, ohne sich seines hypnotischen Zustandes zu erinnern. So weit die Demonstrationen des Dr. Lichonin, welche jeden Gedanken an eine beabsichtigte oder unabsichtliche Täuschung ausschlossen und sich den Dank aller Anwesenden eintrugen.

Es folgten nun noch 2 andere Herren, die an einer jungen Dame weitere Eigenthümlichkeiten des hypnotischen Zustandes demonstriren wollten. Von ihren Versuchen möge nur einer berichtet werden. Nachdem das ‹Object› hypnotisirt und in den Zustand der sog. flexibilitas cerea gerathen war, wurde sie in die Mitte des Zimmers geführt, wo sie mit geschlossenen Augen in recht graciöser Stellung verharrte. Nun begannen die Experimentatoren vor ihr her zu gehen und Pat. folgte automatisch den vernehmlichen Tritten; allmählig jedoch begannen die Herren leiser aufzutreten und huschten zuletzt nur noch auf den Zehen in den Ecken des Zimmers hin und her, indem sie zugleich allerlei lockende und winkende Bewegungen aus der Entfernung an ihr Object richteten. Den leiser werdenden Tritten entsprechend wurden auch die nachfolgenden Bewegungen der jungen Dame immer unsicherer, bis sie schliesslich unstät im Zimmer hin- und herschwankte, offenbar ohne mehr die Richtung zu erkennen, aus welcher die leisen, aber auch nicht hypnotisirten Ohren immerhin noch wahrnehmbaren Tritte der experimentirenden Herren erschallten. Wir führen diesen Versuch nur an, um uns gegen die Tendenz und Zulässigkeit desselben zu wenden. Die Experimentatore hatten offenbar die Absicht, durch das Winken aus der Ferne zu beweisen, dass die hypnotisirte Dame einer von ihnen ausgehenden, geheimnissvollen Kraft folge (möge man dieselbe nun als magnetische oder sonst wie tituliren), die *nicht* auf dem natürlichen Eintrittswege eines der bekannten 5 Sinne zu den nervösen Centralorganen des Hypnotisirten gelange, dennoch aber eine gewisse Beeinflussung des ‹Objectes› durch den Experimentator gestatte. Den Glauben an eine derartige Kraft einer ärztlichen Gesellschaft zuzumuthen, ist schon etwas stark; nimmt man nun aber noch die theatralische Mise en scène hinzu, die mehr auf ein schaulustiges Laienpublicum als auf ernste Mediciner berechnet schien und tausend Fehler und Täuschungsmöglichkeiten offen liess, so können wir es nur als eine sehr milde Kritik bezeichnen, wenn die Zuschauer den Experimenten der beiden Herren blos ein ironisches Lächeln schenkten. *Ein* Gutes hatten dieselben; sie zeigten, wie leicht auf dem Gebiete des Hypnotismus die Grenze der wissenschaftlichen Beobachtung überschritten werden kann, hinter der sich dem Aberglauben und dem Schwindel ein unbegrenztes Feld eröffnet. D—o.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztlichen Vereins.

Sitzung vom 20. October 1880.

1. Dr. Kernig theilt einen Fall von primärem Pankreaskrebs mit und demonstrirt das Präparat. Die Diagnose war während des Lebens gestellt worden und durch die Section bestätigt. Auch in diesem Fall war die von Dr. Herrmann hervorgehobene Bronzefarbe der Haut sehr deutlich. Der Vortrag ist in № 4, 1881 d. Wochenschrift abgedruckt.

2. Dr. Metzler theilt einen Fall von Aneurysma des Arcus Aortae mit, mit Vorzeigung des Präparats. Es betraf eine Frau von 40 Jahren; aufgenommen in das Peter-Paul-Hospital am 2 Septbr. c. Sie litt an asthmatischen Anfällen, die besonders in sitzender Stellung auftraten; liegend athmete sie anfangs ziemlich frei. Die Inspiration war ziemlich unbehindert; bei der Auscultation hörte man nur rauhe Inspiration; die Exspiration war erschwert und erfolgte mit einem pfeifenden Geräusch. In den folgenden Wochen traten die asthmatischen Anfälle immer häufiger auf, um die letzten Tage vor dem Tode gar nicht mehr zu cessiren; weder im Sitzen noch im Liegen. Die Stimme hatte ein hohes Timbre. Supponirt wurde eine Geschwulst, welche von aussen auf die Trachea drückte oder auch in derselben sass; am wahrscheinlichsten ein Tumor Mediastini; weil keine Dämpfung bei der Percussion auffiel und auch kein Geräusch in den Arterien zu hören war bei der Auscultation. Freilich konnte ein solches maskirt werden durch die laute Respiration. Die Temperatur der Patientin war normal; am 12. Oct. wurde sie fieberhaft, am 14. Oct. erreichte sie 40,3 und am 16. Oct. trat der Tod ein, nachdem am letzten Tage eine beiderseitige Pneumonie am Rücken in den unteren Lungenlappen constatirt worden war. Die Section ergab ein sackförmiges Aneurysma des Arcus Aortae zwischen Anonyma und Carotis communis sinistra. Eine Tasche des Sackes hatte die Richtung nach hinten und oben gegen die Trachea, welche bis auf die Schleimhaut usurirt war und eine bläuliche Prominenz aufwies; eine zweite Tasche hatte die Richtung nach vorne und unten gegen die Pulmonalis. Neben der ersten sass noch eine kleinere nussgrosse, durch eine Leiste von der grösseren getrennt. Ausserdem fand sich concentrische Hypertrophie des linken Ventrikels und beiderseitige Pneumonie der unteren Lappen. Letztere war als die Todesursache zu betrachten.

3. Dr. Kade berichtet einen Fall von Pustula maligna interna et externa. Patientin, 31 Jahr alt, wurde am 11. Oct. aufgenommen; sie war vor 3 Tagen erkrankt. Sie ist cyanotisch und pulslos; auf der linken Wange, in der Nähe des Mundwinkels, eine Pustel, bläuliche Eschara, 1 Cm. im Durchmesser von runder Form; die Drüsen am Halse nicht geschwellt. Die Patientin war und blieb in den nächsten Tagen soporös, schwer zu erwecken; es trat oft Erbrechen ein; sie trank oft, der Leib war aufgetrieben, die Milz vergrössert. Die Temperatur hielt sich unter der Norm bis 36,4, der Puls war verlangsamt. Sie lebte den 12. und 13. und starb in der Nacht auf den 14. October. Die Aetiologie blieb dunkel; während des Lebens fanden sich keine Bacterien und keine Formveränderung der Blutkörperchen. 9 Stunden nach dem Tode wurden im Blut, das dem Herzen entnommen war, Stäbchen und sphäroide Bacterien gefunden. Die Section ergab äusserlich den geschilderten Befund. Die tiefere Cutisschicht unter der Eschara hyperämisch; die Drüsen nicht geschwellt. Die Hirnhäute nur hyperämisch; ebenso das Gehirn und der Plexus choroid. — der Seitenventrikel leer. Die Lungen mässig hyperämisch; Herz im Zustande der Systole; die Ventrikel enthalten dunkeles, flüssiges Blut. Leber hyperämisch, Läppchenzeichnung verwischt, Fettglanz auf den Durchschnittsflächen. Milz mässig vergrössert, welk, Corpuscula Malpighii hyperplasirt. Magen-Mucosa mit Schleim bedeckt, Hyperämie und einige Extravasate besonders in der Mitte der grossen Curvatur und am Pylorus; an ersterer Stelle auch eine Exulceration von der Grösse einer Erbse; darunter blutige Infiltration. Die Serosa des Dünndarms stellweise hyperämisch. Im Jejunum, am Ende des oberen Drittels eine Darmschlinge von Fuss-Länge bedeutend verdickt, bis zu 1 Cm., von rothbrauner Farbe; im Durchschnitt serös und blutig infiltrirt. Die Schleimhaut ist von Extravasaten durchsetzt. An mehreren Stellen, längs der Schleimhautfalten und in der Nähe der Anheftung des Mesenteriums befinden sich mehrere Knoten, die neben einander, im Querdurchmesser des Darms 3—5 Reihen bildend, gelagert sind. Sie hatten im Durchmesser über 1 Cm. Die Mucosa ist auf ihnen necrotisch; die Durchschnittsflächen zeigen theils blutige Infiltration, theils necrotischen Zerfall des submucösen Gewebes. Auch der entsprechende Theil des Mesenteriums ist bedeutend geschwellt und blutig infiltrirt, die Mesenterialdrüsen vergrössert, erweicht rothbraun. Die Drüsen der Porta hepatis zeigen dieselben Veränderungen; wenn auch in geringerem Maasse. In Cavo peritonei c. 2 Pfund eines durchsichtigen, sehr visciden Transsudats. Die Nieren hyperämisch und an der Oberfläche stellweise narbig. Die Schleimhäute des Uterus und der Blase hyperämisch, mit Schleim bedeckt. Die Blasenwände verdickt. Die Blase leer. In den weissen Blutkörperchen waren 24 Studen nach dem Tode sich bewegende Micrococcen zu sehen.

4. Dr. Herrmann beginnt die Verlesung einer statistischen Uebersicht der letzten Scorbut-Epidemien. Die Fortsetzung in der folgenden Sitzung.

z. Z. Director Dr. Herrmann.
Secretär Dr. Tiling.

Tagesereignisse.

— Am 5. Januar c. verstarb plötzlich in Folge eines Herzfehlers der Wilna'sche Kreisarzt J. Malachowez im 42. Lebensjahre.

— In Nishnij-Nowgorod ist am 9. Januar c. der Arzt des dortigen Gefängniss-Krankenhauses, Dr. E. Wladytschko, am Typhus exanthematicus im Alter von 36 Jahren gestorben. W. hatte sich mit dieser Krankheit im obigen Krankenhause inficirt, welches, wie die «Wratschebnija Wedomosti» erfahren, aus zwei Zimmern von nur 10 Quadratfaden Flächenraum besteht, auf welchem die Gefängnissverwaltung 20 Betten untergebracht hat! In der letzten Zeit befanden sich in diesem engen Raume allein 6 Typhuskranke.

— Privatdocent Dr. Sonnenburg in Strassburg ist als ordentlicher Professor nach Yeddo berufen worden.

— An Schwalbe's Stelle ist der bisherige ausserord. Professor Dr. Hertwig zum ord. Professor der Anatomie in Jena ernannt worden.

— Mit dem Beginn dieses Jahres hat die in Warschau unter der Redaction von Prof. A. Walther herausgegebene «*Sowremennaja Medizina*» aufgehört zu erscheinen. Die «Sowr. Med.», welche 22 Jahrgänge aufzuweisen hat, gehört zu den ältesten medicinischen Zeitschriften Russlands. Bei ihrem ersten Erscheinen existirten in Russland nur 2 medicinische Zeitschriften — der «Drug Sdrawija» und die «Moskowskaja Medizinskaja Gaseta», welche schon längst eingegangen sind. Bis zum Jahre 1874 wurde sie in Kiew herausgegeben, seit dieser Zeit aber in Warschau und zwar stets unter der Redaction des Prof. A. Walther, der jetzt durch ein Augenleiden gezwungen ist, die Herausgabe der Zeitschrift einzustellen. Wir können der «Sowremennaja Medizina» nicht das Zeugniss versagen, dass dieselbe stets mit offenem Visir und nicht ohne Erfolg die Interessen des ärztlichen Standes vertreten hat.

Miscellen.

— Nach einer Zusammenstellung des Dr. Ossipow, werden für das *Landschafts-Medicinalwesen in Russland* gegenwärtig ca. 5½ Millionen Rbl. verausgabt. Die Ausgaben sind von Jahr zu Jahr gestiegen. Im Jahre 1869 betrugen sie nur 8%, im Jahre 1877 aber schon 15% der Gesammtausgaben der Landschaften.

— Die Klagen über willkürliche Behandlung der Aerzte seitens der Landschaftsverwaltungen häufen sich immer mehr. So hat unlängst der Vorsitzende des Donezk'schen Landschaftsamtes den unter der dortigen Bevölkerung beliebten Arzt Woropajew aus dem Dienst entlassen, weil er in der örtlichen Zeitung einige tadelnswerthe Seiten der Thätigkeit des Landschaftsamtes besprochen hatte. Ein anderer Vorsitzender setzte in der Landschafts-Versammlung des Kreises Kusnezk die Annahme eines Paragraphen durch, nach welchem das Landschaftsamt die Aerzte entlassen kann, «ohne die Gründe dafür angeben zu müssen». Die Nothwendigkeit dieser Clausel motivirte er sehr fein damit, dass «unter den jetzigen Verhältnissen das Diplom keine Garantie für die politische Zuverlässigkeit eines Arztes biete». Die Aerzte dieses Kreises haben jedoch ihre Würde zu wahren gewusst, indem sie sämmtlich ihren Abschied einreichten. Dadurch sah sich dann die Landschaftsversammlung genöthigt, ihren Beschluss zu ändern und das Landschaftsamt wieder zur Angabe der Gründe bei der Entlassung der Aerzte zu verpflichten.

Welche wunderlichen Sachen in einigen Landschaftsversammlungen noch möglich sind, beweist ein Fall, den der «Wratsch» einer neuen in Charkow erscheinenden Zeitung «Jushny Kraij» entlehnt hat. Dr. Nikolajew hatte der Landschaftsversammlung des Kreises Konstantinograd (Gouv. Poltawa) einen Bericht vorgestellt, in welchem er die Unhaltbarkeit des bisher üblichen Systems der ärztlichen Tourfahrten nachwies und die Nothwendigkeit der Einrichtung von 4 Krankenhäusern im Kreise betonte. Die Vorschläge des Dr. Nikolajew fanden einen heftigen Opponenten an dem Deputirten Grinewitsch, der sogar herausfand, dass dieselben auf Lehren eines Lassalle, Buckle, Flerowski basirt seien. Nach Grinewitsch' Ansicht könne die Landschaft sich die Regierung zum Beispiel nehmen, welche vor der Einführung der Landschafts-Institution sich mit *einem* Kreisarzte begnügt habe und doch nicht «verdächtigt werden könne, dass sie ihren Unterthanen nicht habe helfen wollen». Die Versammlung empfand nicht einmal Scham darüber, dass sie einen solchen Deputirten in ihrer Mitte hatte, im Gegentheil — sie votirte Grinewitsch ihren Dank und beschloss, statt 3 Aerzte künftig nur 2 anzustellen!

Personal-Nachrichten.

Amtliche.

— *Befördert*: *Zum wirkl. Staatsrath*: Der Oberarzt des Moskauer Kinderhospitals, Pokrowski und der consultirende Arzt am Frauen- und Kinder-Hospital des zum Andenken an den Thronfolger Nikolai Alexandrowitsch gestifteten Asyls, Werther.

— *Ernannt*: Dr. med. St.-R. Kamenezki — zum ausseretatm. Arzt der St. Petersburger Kaiserlichen Theater; Dr. med. wirkl. St.-R. Loginowitsch — zum Gehilfen des Militär-Medicinalinspectors im Turkestanschen Militärbezirk und Dr. med. H.-R. Pasternazki — zum Ord. der Abtheilung für Geisteskranke am Ujasdow-Militärhospital zu Warschau.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 25. Januar 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	948	352	1300
Alexander- «	760	166	926
Kalinkin- «	—	544	544
Peter-Paul- «	384	175	559
St. Marien-Magdalenen-Hospital	166	73	239
Marien-Hospital	299	483	782
Ausserstädtisches Hospital	360	137	497
Roshdestwensky-Hospital	52	37	89
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	347	166	513
3 zeitw. Hospitäler	488	95	583
Ausschlags-Hospital	10	12	22
Summa der Civilhospitäler	3814	2240	6054
Nikolai-Kinder-Hospital	54	40	94
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	69	100	169
Elisabeth-Kinder-Hospital	23	32	55
Summa der Kinderhospitäler	146	172	318
Nicolai-Militär-Hospital	705	16	721
Ssemenow'sches Militär-Hospital	314	—	314
Kalinkin-Marine-Hospital	330	—	330
Gesammt-Summa	5309	2428	7737

Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	849	340	1189
Scarlatina	18	22	40
Variola	13	5	18
Venerische Krankheiten	845	541	1386

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 18. bis 25. Januar 1881 besucht von 2581 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1371.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs

für die Woche vom 11. bis 17. Januar 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 697 (Todtgeborene 35). Durchschnittliche Sterblichkeit der Woche, für das ganze Jahr berechnet, beträgt 54,11 pro Mille der Einwohnerzahl, ohne Zugereiste aber 53,02.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50 59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
401	296	697	130	32	109	24	11	19	84	74	68	64	45	25	9	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 33, Typh. abd. 28, Febris recurrens 11, Typhus ohne Bestimmung der Form 8, Pocken 2, Masern 5, Scharlach 20, Diphtheritis 13, Croup 2, Keuchhusten 8, Puerperalkrankheiten 9, Dysenterie 2.

— Gehirnapoplexie 8, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 35, acute Entzündung der Athmungsorgane 97, Lungenschwindsucht 109, Gastro-intestinal-Krankheiten 87, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 34, Marasmus senilis 19, Pyämie und Septicämie 8.

— Tod durch Zufall 4, Selbstmord 4.

— Andere Ursachen 151.

Nächste Sitzung des allgem. Vereins St. Petersburger Aerzte, Dienstag den 10. Februar 1881.

Nächste Sitzung d. deutschen ärztlichen Vereins, Montag d. 2. Februar 1881.

Nächste Sitzung der gynäkologischen Section, Donnerstag den 5. Februar a. c.

Soeben vollständig erschienen und durch alle Buchhandlungen zu beziehen:

GRUNDRISS
DER
ANATOMIE DES MENSCHEN
VON
AD. PANSCH,
Professor an der Universität Kiel.

gr. 8°. 36¹/₂ Bogen mit 398 in den Text gedruckten Holzstichen. Nach Zeichnungen des Verf. gestochen von W. Aarland in Leipzig.

Preis geh. M. 13,00,
dauerhaft in Halbfranz **geb. M. 15,50.**

Das Werk des als praktischen Anatomen wohlbekannten Verfassers ist bereits während seines Erscheinens von der Berliner klinischen Wochenschr., Deutschen medicinischen Wochenschrift, St. Petersburger medicinischen Wochenschrift, Literar. Centralblatt und vielen anderen hervorragenden medicinischen Zeitschriften wegen der Knappheit und Klarheit des Stiles, der zahlreichen, gut ausgeführten Holzstiche und des wohlfeilen Preises empfohlen.

Ausführliche Prospecte versenden auf Wunsch alle Buchhandlungen sowie der unterzeichnete Verleger. 9 (1)

Verlag von **Robert Oppenheim** in Berlin.

Die
Dr. Kreyser'sche Wasserheilanstalt
vormals im Demidow-Pereulok, befindet sich jetzt
am Michaelplatz № 15, Haus Bodisco
und steht seit dem 1. November c. unter Leitung von
Dr. J. Fränkl 147 (1)
früher Assistent bei Prof. Winternitz und leitender Arzt der Wasserheilanstalt Priessnitzthal bei Wien.

Landarzt für Ehstland gesucht.
Die Stelle des Jew'schen Kirchspielarztes wird am 10. Juni 1881 vacant. Auf dieses Amt reflectirende Aerzte werden ersucht, sich an den unterzeichneten Vorsteher des Jew'schen Doctoren-Vereines zu wenden.

Cramer,
3 (1) Haackhof, per Station Isenhof.

Prämiirt Lyon 1872, Wien 1873, Paris 1878 Silb. Medaille.

Saxlehner's Bitterquelle
Hunyadi János
durch **Liebig, Bunsen, Fresenius** analysirt, sowie erprobt und geschätzt von medizinischen Autoritäten, wie **Bamberger, Virchow, Hirsch, Spiegelberg, Scanzoni, Buhl, Nussbaum, Esmarch, Kussmaul, Friedreich, Schultze, Ebstein, Wunderlich etc.** verdient mit Recht als das

Vorzüglichste und Wirksamste aller Bitterwässer

empfohlen zu werden. — Niederlagen sind in allen soliden Mineralwasserhandlungen und den meisten Apotheken, doch wird gebeten stets ausdrücklich **Saxlehner's Bitterwasser** zu verlangen. 25 (3)

Der Besitzer: **Andreas Saxlehner, Budapest.**

FLEISCHSAFT
Моховая 19, früher **Кузнечный** und **Сергіевская.**
143 (1)

Die Anstalt für Fabrikation künstlicher Mineralwässer
von
BEKMANN & C°,
KOLOMENSCH. STADTTHEIL, PEREWOSNAJA STR. № 6

erlaubt sich hiermit die Herren Aerzte ganz ergebenst auf ihre künstlichen Heilwässer aufmerksam zu machen, die in der Anstalt unter Aufsicht eines Chemikers streng nach bekannten Analysen angefertigt werden.

Da sich die untengenannten Wässer trotz des kurzen Bestehens der Anstalt schon einer allgemeinen Nachfrage erfreuen, so hat dieselbe zur Bequemlichkeit des Publikums in folgenden Apotheken Depots eröffnet und werden die Wässer dort zu den Detailpreisen von

10 Kop. für eine ¹/₄ Literflasche

käuflich verabfolgt. 6 (2)

Friedrichshaller Bitterwasser nach Struve.
Saidschützer » » »
Hunyadi Janos » » Liebig
Püllnaer Bitterwasser . . . . nach Struve
Pyrophosphorsaures Eisenwasser . » »
Doppeltkohlensaures Lithionwasser » »

Jürgens у Аничкова моста; **Borgmann** у Казанскаго моста; **Russow** у Знаменскаго моста; **Friedländer** у Каменнаго моста; **Schapiro** Адмиралтейская аптека; **Wulff** Сергіевская аптека; **Wagner** Пантелеймонская аптека; **Poehl** Андреевская аптека; **Краннгальсъ** Петербургская сторона, Большой проспектъ.



NESTLÉ'S KINDERMEHL
zur Ernährung von Säuglingen
und
Nestlé's condensirte Milch

Preis 1 Rbl.
Preis 75 K.

Haupt-Dépôt für den Detail- u. Engros-Verkauf bei **Alexander Wenzel**, im neuen Gebäude des Findelhauses Kazanskaja № 3, Magazin № 7; ferner bei **Stoll & Schmidt**, dem **St. Petersburger chemischen Laboratorium** u. bei der **Russischen pharmaceutischen Handelsgesellschaft**, sowie in allen Droguerien und Apotheken Russlands.

Alleiniger Agent für ganz Russland: *Alexander Wenzel*

☛ Ich ersuche das Publikum, gefälligst darauf zu achten, dass ich nur für die Aechtheit der Dosen garantire, welche mit der Unterschrift und dem blauen Stempel des Herrn ALEXANDER WENZEL, meines alleinigen Agenten für ganz Russland, versehen sind.

Ctrl: Msk.] 31 (3) **HENRY NESTLÉ, Vevey (Schweiz).**

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 30 Января 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh. Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (für's Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

ST. PETERSBURGER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg,
Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 6. St. Petersburg, 7. (19.) Februar. 1881.

Nach erfolgter Bestätigung durch die Oberpressverwaltung ist **Docent Dr. Wilhelm Koch** in Dorpat thatsächlich in die Redaction dieser Wochenschrift eingetreten.

Zur Therapie der Variola.

Von
Dr. G. Weidenbaum
in Dorpat.

Während meiner 20-jährigen Thätigkeit als Arzt in Nishnij-Nowgorod hatte ich bereits Gelegenheit, einzelne Fälle von Variola zu beobachten, deren auffallend günstiger Verlauf, nach meinem Dafürhalten, von der Anwendung der grauen Salbe abhing. Als nun, in Folge der seit dem Spätsommer 1880 in Dorpat herrschenden Pockenepidemie, die Stadtverordnetenversammlung sich veranlasst sah, ein besonderes Pockenlazareth zu gründen und dieses meiner Leitung unterstellt hatte, liess ich's mir angelegen sein, jene Behandlungsweise zu prüfen. Die Resultate haben mich durchaus befriedigt. Sie mögen auch diese Mittheilung rechtfertigen.

Es ist bekannt, dass die Blatternkrankheit einen streng typischen Verlauf hat und dass die regelmässige Aufeinanderfolge der Stadien auch selbst durch gleichzeitig vorhandene innere Erkrankungen nur selten gestört wird. In diesem Verlaufe unterscheidet man — um allgemeine Umrisse zu zeichnen — zwei Hauptabschnitte (Hebra). Der erste schliesst den Symptomencomplex in sich, der dem Ausbruch der Pocken vorausgeht und diese bis zu ihrer vollen Entwickelung, welche annähernd am 10. Tage erreicht ist, begleitet. Von hier an, wo die Pustel auf der Höhe der Entwickelung steht, beginnt der 2. Abschnitt, der die Zeit der weiteren Veränderungen der Pustel in sich schliesst. Diese Veränderungen und somit auch dieser Abschnitt der Krankheit divergiren nach zwei entgegengesetzten Richtungen — und zwar zur Vertrocknung der Pustelcontenta und in weiterem raschen Gange zur Genesung der Kranken — oder es bleibt der Pustelinhalt lange Zeit flüssig, eitrig, zersetzt sich, wird wohl auch aufgesogen, es entsteht Pyämie und der Tod.

Im Hinblick auf dieses in Verlauf und Ausgang so verschiedenartige Bild der Pockenkrankheit scheint es daher, dass es für die Therapie dieser Krankheit keine geringe Errungenschaft wäre, wenn Mittel gefunden würden, welche den Exsiccationsprocess in der schon vorhandenen Pustel beschleunigten oder die Pustel in ihren ersten Anfängen (Knötchen) nicht zur weiteren Fortentwickelung kommen liessen, sie abortiv zu Grunde richten, indem sie den local entzündlichen Process (um das Knötchen) heben und das, wenn auch in geringer Menge schon gesetzte Fluidum fortleiten und auf diese Weise auch dem gefahrdrohenden Eiterungsfieber vorbeugen. — Man glaubte diese Erwartungen an mancherlei innerlich gereichte Mittel knüpfen zu dürfen, wie an die Carbolsäure in grossen Gaben (Chaffard, Gaz. hebdom. № 21, Mai 1870, p. 321) oder des Ferr. sesquichlorat. (Guipon, Bullet. de thérap. 1874. II). Ich übergehe diese Mittel wie auch andere, da ja jedem Arzte genugsam bekannt ist, wie wenig Einfluss innere Mittel auf den Gang der Blatternkrankheit im Allgemeinen auszuüben vermögen und um wie viel weniger sie speciell den Entwickelungsgang der einzelnen Pustel zu alteriren im Stande sind.

Anders steht es mit den äusserlich angewandten Mitteln. Vor längerer Zeit schon hat Hebra (Virchow, spec. Path. u. Therap. 1860, Bd. III. S. 184. ff.) darauf hingewiesen, wie die Pockenpustel auf den Schleimhäuten zu weniger voller Entwickelung gelange, sich rascher ihres flüssigen Inhalts entledige und verkümmere, und hat diese Verschiedenheit der Entwickelungsweise der Blatternpustel, im Vergleich mit der auf der Oberhaut, der macerirenden Wirkung des alkalischen Schleimhautsekrets zugeschrieben und dem mangelhaften Zutritt der atmosphärischen Luft. Sich

hierauf stützend, wandte er permanente Bäder von der Temperatur des Körpers der Patienten an, «um dadurch die Pockenefflorescenzen zu maceriren, die Entleerung ihres Inhalts zu begünstigen und den Zutritt der atmosphärischen Luft zu behindern, wodurch auch Zersetzung des Contentums der Efflorescenzen unmöglich gemacht wird». — Gross (Wiener medic. Wochenschr. 1869. № 48) gab seinen Patienten ein laues Bad, liess sie mit flüssiger Kaliseife abwaschen und bedeckte den Körper mit Leinwandläppchen, die in Glycerin getaucht waren, um die Exosmose aus den Pusteln zu beschleunigen. — Revillod (Gazette des hôpitaux 23. 1872) fand eine Mischung von Glycerin und Stärkemehl, wegen des beschleunigenden Einflusses auf die Exosmose nützlich und erlangte die besten Heilresultate bei einem Pflaster aus 20 Thl. ung. cinereum, 10 Theilen Seife und 4 Theilen Glycerin, mit welchem er die kranken Partien bestrich, wobei er unter der undurchdringlichen Schicht die Heilung sich in schnellster Zeit vollziehen sah.— Zu erwähnen wäre hier noch das empl. mercurial. de Vigo, das nach Serres, Briquet u. A. die Variolapustel abortiren machen (Oesterlen, Heilmittellehre, S. 112) oder nach Hebra zur Erweichung bringen soll.

Gestützt auf die Erfolge, welche diese verschiedenen Behandlungsmethoden, jede nach ihrer Richtung, gehabt hatten, und berücksichtigend die Forderungen, welche, wie oben auseinandergesetzt, an eine erfolgreiche Behandlung der Variola zu stellen sei, glaubte ich, allen Forderungen zu genügen und noch günstigeren Resultaten näher zu rücken, ausserdem die Behandlungsweise zu vereinfachen und dieselbe dadurch sowohl dem Patienten erträglicher als auch den Krankenwärtern bequemer zu machen, indem ich das von Revillod empfohlene Pflaster zu einer dem erstrebten Ziele mehr entsprechenden Salbe umformte und mit derselben den ganzen Körper der Kranken, wo auch die Efflorescenzen aufgetreten sein mögen (mit Ausnahme der Schleimhäute) drei Mal täglich einreiben liess. Die Salbe hatte folgende Formel:

Rep. Ung. ciner. ℥ij.
Sapon. Kalin. ℥ß.
Glycerini ℥j.
f. unguent.

und die einzelnen Medicamente folgende Zwecke:

1. Das Ung. cinereum richtete seine Wirkung gegen den lokal entzündlichen Process, der die Pustelbildung begleitet.

2. Die alkalische Schmierseife wirkte macerirend auf die Epidermis der Pustel.

3. Das Glycerin verstärkte den exosmotischen Strom aus derselben.

4. Die Salbenform des Medicaments war besonders geeignet die Pustel genau zu bedecken und dadurch von der atmosphärischen Luft abzuschliessen.

Die Salbe wurde von mir in 17 Fällen von 18 angewandt (im 18. nicht, weil bei diesem mit hämorrhagischen Blattern behafteten, mit Blutungen aus Mund und Nase, eine andere und vornehmlich innere Behandlung mit Chinin und Säure indicirt war und derselbe am 3. Tage schon zu Grunde ging). Alle 17 Fälle zeigten das Uebereinstimmende, dass in den vorhandenen Knötchen ein Stillstand in ihrer Entwickelung eintrat, dieselben sich nicht zu Bläschen ausbildeten, sondern atrophirten, die vorhandenen Bläschen sehr bald zusammenschrumpften, runzlich wurden und schwanden, die Eiterpusteln ebenfalls, doch langsamer, ein runzliches Ansehen erhielten und ihr Inhalt einzutrocknen begann. Gleichzeitig mit diesen Vorgängen auf der Haut, nahm das Fieber an Intensität ab und das Wohlbefinden des Patienten zu. Die Salivation war in keinem Falle bedeutender und langdauernder als sie bei der Variola gewöhnlich zu sein pflegt. Besonders instruktiv waren 3 Fälle von Variola vera, die 3 Kinder im Alter von 6, 8 und 11 Monaten betrafen und alle mit Genesung endeten. Diesen Kindern hatte ich neben der Salbe noch eine Mixtur von Dec. altheae ℥iij mit gtt. j Laud. liquid. Sydenham., 2—4 stündlich zu 1 Theelöffel voll verordnet, um die Kleinen selbst gegen das Jucken und Brennen der Haut unempfindlicher zu machen und dadurch zugleich den sie begleitenden Müttern die nöthige Nachtruhe zu verschaffen und die gute Stimmung, mit der sie in's Pockenlazareth gekommen waren, zu erhalten.

Chirurgische Mittheilungen.

Vorgetragen in der Sitzung der Gesellschaft deutscher Aerzte vom 19. Januar 1881 mit Demonstration von Präparaten.

Von

Dr. E. Kade.

1. Bauch-Messerstichwunde.

Ein 37 Jahre altes kräftiges Individuum, Aufseher bei der Eisenbahn, am Tage vorher um 4 Uhr Nachmittags in Zarskoje-Sselo in einem Streite mit einem seiner Untergebenen, während er im Hemde war, durch einen Messerstich in den Bauch verwundet, wurde am 28. November 1880 um 10 Uhr Morgens in's Marien-Hospital in St. Petersburg gebracht. Das Messer war von der Polizei in Beschlag genommen, soll aber nach Aussage des Untersuchungsrichters ein gewöhnliches Taschenmesser, mit einer circa 7—8 Ctm. langen Klinge gewesen sein. Der Allgemeinzustand schon bei der Aufnahme hoffnungslos — kalte Extremitäten, filiformer Puls, kurzes beschleunigtes Athmen, kalter Schweiss.

In der Linea alba 2 Wunden, die eine 1 Fingerbreit, die zweite 2 Fingerbreit unterhalb des Nabels. Die obere oberflächlich, die untere in die Peritonealhöhle penetrirend. Aus letzterer fliesst in grosser Menge serös-blutige Flüssigkeit aus, besonders bei Druck auf die Bauchdecken, doch ist weder Netz noch Darm durch die Wunde vorgefallen. Die Bauchdecken hart gespannt, Druckempfindlichkeit hochgradig — Diaphragma stark in die Höhe gedrängt. Also 18 Stunden nach der Verwundung schon hochgradig entwickelte traumatische Peritonitis, mit Abfluss von entzündlichem, stark blutig tingirtem Peritonealexsudate in grosser Quantität. Temperatur ein Mal gemessen 37,3°. Es wurde ein dickes Drain durch die perforirende Wunde in die Bauchhöhle eingeführt und 1 pCt. Carbollösung injicirt (circa 2 Pfd).

Am Nachmittage desselben Tages Erbrechen und Singultus. Am Abend beginnende Agonie — Tod am 29. November 6 Uhr Morgens, 36—38 Stunden nach der Verwundung.

Der Stich war bis in das Ileum gedrungen — circa 2 Fuss oberhalb der Bauhinischen Klappe. Die Wunde in der Serosa durch entzündliche Ausschwitzungen mit der Umgebung verklebt, in der Mucosa klaffend — kein Extravasat von Darminhalt in die Bauchhöhle. Ganz frische, weit verbreitete Peritonitis mit flüssigem, stark blutigem Exsudat von mehreren Pfunden in der Peritonealhöhle und fibrinösen Niederschlägen auf der Darmserosa. Keine Blutcoagula in der Peritonealhöhle, überhaupt keine Verletzung eines grösseren Gefässes sichtbar. Das Blut musste aus

einem verletzten Mesenterial- oder Darmwandgefässe herrühren.

2. Nierenschuss.

Ein 16-jähriger Bauernjunge wurde am 17. November 1880 Nachmittags von einem Polizeimann in's Hospital gebracht. Er war am Morgen desselben Tages zu seinem bei der Polizei dienenden Onkel zum Besuche gekommen. Da er den geladenen Revolver des Onkels auf dem Tische liegend fand und sich mit dem Mechanismus desselben bekannt machen wollte, erhielt er den Schuss à bout portant in den Unterleib. Ob er dabei im Hemde war oder in Kleidern habe ich nicht eruiren können. Am Abende der Aufnahme folgender Status präsens: An der rechten Bauchseite Kugeleinschuss, umgeben von einem fingerbreiten Rande verbrannter und schwarz gefärbter Epidermis. Kein Ausschuss. Der Einschuss liegt in einer durch den Nabel gehenden Horizontalen, 4 Fingerbreit von ihm nach aussen, oder in *dem* Punkte, wo die Nabelhorizontale geschnitten wird von einer Linie, die die rechte Spina ilei ant. sup. mit dem Schwertfortsatze des Sternums verbindet. Der Leib ist hochgradig und gleichmässig tympanitisch aufgetrieben bis zur Herzgegend hinauf, Diaphragma stark in die Höhe gedrängt, Leber- und Milzdämpfung vollkommen geschwunden — der ganze Leib bei Palpation sehr schmerzhaft, doch insbesondere unterhalb der Kugelwunde bis zum Poupart'schen Bande hinab. Häufiges Erbrechen abwechselnd mit Singultus. Der Puls sehr beschleunigt, über 160; klein, leicht comprimirbar. Ausser der höchst akuten und intensiven traumatischen Peritonitis ist das am meisten in die Augen springende Symptom — stark bluthaltiger Urin. Das Blut ist innig dem Harne beigemischt, dieser von dunkel kirschbrauner Farbe, das Blut bildete am nächsten Morgen einen $^3/_4$ des ganzen Volumens einnehmenden Satz. Unter dem Mikroskop zeigt der Harn eine Masse rother Blutkörper. Die Abendtemperatur 38°.

Es konnte keinem Zweifel unterliegen, dass die Kugel in die Bauchhöhle eingedrungen sei. Ueberdies machte die bedeutende dem Harn beigemischte Blutmenge es fast zur Gewissheit, dass die rechte Niere von der Kugel getroffen und diese, nach Verletzung der Niere, wahrscheinlich in dem peri- oder retrorenalen Zellgewebe liegen geblieben sei.

In den nächsten Tagen spitzten sich die Erscheinungen der traumatischen Peritonitis bei fortbestehendem Blutharnen immer mehr zu. Am 21. war hämogener Icterus hinzugetreten, der Harn war foetid geworden, die Collapserscheinungen machten rasche Fortschritte. Am 22. November Nachmittags 3 Uhr Tod; mehr als 5 Mal 24 Stunden nach der Verletzung.

Section: Die Kugel hatte in ziemlich gerader Richtung von vorne nach hinten, vielleicht mit einer geringen Abweichung nach rechts oder nach aussen ihren Weg genommen in das Mesenterium des Colon ascendens. Hier war ihre Passage gekennzeichnet durch ein mässiges Extravasat, theils in Form von festen, theils zerfallenen Blutgerinnseln, theils von flüssigem Blut. Durch dies Extravasat war das Mesenterium des Colon ascendens bis zur Flexura hepatica hinauf, mit dem, den Darm umgebenden Zellgewebe, in eine mächtige Bluthöhle verwandelt. Ohne den Darm selbst verletzt zu haben, wahrscheinlich ihn nur streifend, war die Kugel am untersten Theile, in der Nähe der Spitze der rechten Niere, in die Niere eingedrungen und fand sich hier, im Nierenbecken liegend, von allen Seiten von der Schleimhaut des Nierenbeckens umgeben. Die Kugelwunde im Nierenparenchym war bereits bis zur Unkenntlichkeit vernarbt.

3. Nierenruptur.

Ein kräftiges, junges Subject von 16 Jahren war am 2. December Abends von einem vorüberfahrenden Schlitten mit seiner linken Seite gegen den scharfen Rand einer Tonne gequetscht worden. Harnbeschwerden, die von Tag zu Tag heftiger wurden und endlich zu Harnverhaltung sich gesteigert hatten, zwangen ihn am 5. December ins Hospital zu treten. Die Einführung des Catheters machte weder Schwierigkeit noch Schmerzen, der durch den Catheter entleerte Harn, an Menge mehrere Pfund betragend, enthielt makroskopisch und mikroskopisch grosse Mengen Blut. Der Harn soll seit dem Unfall constant blutig gewesen sein. Das ganze linke Hypochondrium bis zur Wirbelsäule hin ist auf Druck ungemein schmerzhaft — die Schmerzhaftigkeit erreicht ihren Höhepunkt an der 12. Rippe: hier fühlt man die linke Niere als einen prall geschwellten, elastischen, höchst empfindlichen Körper durch. Wenn auch die Schmerzhaftigkeit der Nierengegend und die pralle Geschwulst daselbst auf die Folgen der Contusion, vielleicht auf ein perirenales Hämatom zurückgeführt werden konnten, so war doch die vom ersten Augenblicke an aufgetretene Hämaturie schwer mit einer solchen Deutung in Einklang zu bringen. Diese massenhafte und innige Blutbeimischung, die vom Trauma an bis jetzt bestand, konnte nicht anders als durch eine Läsion des Nierenparenchyms selbst interpretirt werden und rechtfertigte die Diagnose einer Ruptur der Niere. Von dem Umfange und der Ausdehnung der Ruptur hing die Prognose des Falles ab. Hatte sich die Wirkung des Traumas nicht bis zur Berstung der Nierencapsel und der ganzen Dicke des Nierenparenchyms gesteigert, war es vielmehr auf eine partielle, intraparenchymatöse Ruptur um das Nierenbecken herum beschränkt geblieben, so war zu hoffen, dass das ausgetretene Blut und der extravasirte Harn zur Aufsaugung und das geborstene Nierengewebe zur Vernarbung kommen würde. Im entgegengesetzten Falle bei Ausdehnung des Risses bis an die Oberfläche der Niere, vielleicht sogar durch die Nierencapsel hindurch, musste der Erguss von Blut und Harn in der Umgebung der Niere und die Bildung eines perinephritischen Abscesses vorausgesehen werden. Da es aber keine Daten gab, die auf die Bestimmung der Ausdehnung der Ruptur hätten maassgebend werden können, so war es einleuchtend, dass die Prognose nur im höchsten Grade zweifelhaft gestellt werden konnte.

Es schien jedoch von guter Vorbedeutung, als am 7. December, d. i. am 5. Tage nach dem Unfalle, am 3. nach der Aufnahme, der Harn zum ersten Mal willkürlich entleert wurde und am 12. December anfing zuweilen kein Blut zu enthalten, vom 13. an sogar stets blutfrei wurde. Mit dieser Besserung in der Harnentleerung stimmte aber nicht der Allgemeinzustand. Die Körpertemperatur war constant fieberhaft gewesen, hatte sich mit geringen Schwankungen zwischen 38 und 39° gehalten. Vom 10. December an jedoch traten Steigerungen ein, so dass die Morgen- und Abendtemperatur sich über 39° erhielt und am Abende des 14. und 16. die Temperatur sogar auf 40° stieg. Vier Tage, nachdem das Blut geschwunden war, trat Eiter im Harn auf, der den 4., selbst 3. Theil des Volumens betrug. Am 17. December Abends ein Schüttelfrost, dem Collapserscheinungen am folgenden Tage folgten. Darauf 3 Tage — 19. 20. 21. — bei fast normalen Morgentemperaturen und Abendsteigerungen unter 39°, relatives Wohlbefinden bei fortdauerndem Eitergehalte im Harn. Die linke Nierengegend stets bei Druck schmerzhaft, voller als die rechte, obgleich die 12. Rippe distinkt durchzufühlen; keine peritonitischen Erscheinungen.

Vom 21. December Vormittags trat eine evidente Verschlimmerung des Krankheitsbildes ein. Die Schmerzen in der linken Nierengegend wurden heftiger, die ganze linke Seite zwischen der letzten Rippe bis zum Darmbeinkamme, von der Wirbelsäule bis zu den vorderen Enden der letzten falschen Rippen zeigte eine diffuse, ödematöse Schwellung, der Darmschall war medianwärts verdrängt, der Leib tympanitisch aufgetrieben. Die Palpation der Nierengegend war unmöglich wegen der starken Schmerzhaftigkeit und Muskelspannung. Da aber die ursprünglich auf Nierenruptur gestellte Diagnose und der nachherige Krankheitsverlauf es mehr als wahrscheinlich machten, dass die vom 21. December an, also gegen Ende der 3. Woche eingetretene Verschlimmerung der Krankheitserscheinungen, auf

die vorhergesehene Bildung eines Jaucheherdes in der Umgebung der Niere zu beziehen sei, so trat die Frage urgent an uns heran, ob es nicht geboten sei durch eine Incision den Herd zu eröffnen. Zur Entscheidung dieser Frage war es nothwendig den Kranken zu chloroformiren, da ohne die Relaxation der im höchsten Grade gespannten Muskeln es unmöglich war, die Frage über Dasein oder Fehlen von Fluctuation zu lösen. Doch auch die Chloroformnarkose konnte keine vollständige Muskelrelaxation bewirken und es war uns, zumal bei der ziemlich umfangreichen ödematösen Schwellung unmöglich, zu einem unbestreitbaren Gefühl von Fluctuation zu gelangen, um darauf hin den Einschnitt zu wagen, der ohnehin wenig Chancen bot, den Kranken zu retten. Ich habe manchen perinepheritischen Abscess durch den tiefen Lumbalschnitt zur Heilung gebracht, konnte mich aber nicht der Erkenntniss verschliessen, dass ein grosser Unterschied existirte zwischen dem, was man gewöhnlich einen perinephritischen Abscess nennt und den Verhältnissen im gegebenen Falle. War unsere Diagnose auf Nierenruptur richtig, und durch den Verlauf wurde sie bestätigt, so konnte es keine Eiterbildung sein ausserhalb der Niere und bei intactem Nierenparenchym, sondern die Eiterhöhle musste in directer Verbindung stehen mit der geborstenen Niere, den Inhalt der Höhle mussten zerfallene Blutgerinnsel, aus dem Nierenrisse stammend, gemischt mit Harn und nekrotischen Nierenpartrikeln bilden. Was konnte da die Eröffnung der Höhle allein nützen? — es sei denn, dass die Eröffnung sogleich mit der Entfernung der Niere selbst combinirt worden wäre. Doch was konnten wir uns, unter so bewandten Umständen, von der Nephrotomie versprechen? Gesetzt es wäre gelungen in dem Jaucheherde, unter den Gewebetrümmern bei den Verwachsungen und Verletzungen, die sich während der 3 Wochen zwischen der verletzten Niere und den Nachbartheilen gebildet hatten, bis zum Hilus der Niere vorzudringen, um die Gefässe zu unterbinden — konnte wol daran gedacht werden, den ganzen Herd so zu desinficiren, dass es einige Chancen gegeben hätte, einer Peritonitis und allgemeinen Sepsis aus dem Wege zu gehen? Am 24. December trat das Krankheitsbild in ein noch acuteres Stadium — es trat allgemeine, diffuse Peritonitis mit hochgradiger Schmerzhaftigkeit, Auftreibung und Spannung des ganzen Leibes auf, jagender, kleiner Puls, Temperatur nicht über 39°, in den letzten Tagen wenige Zehntel über 38 sogar unter 38°. Offenbar war der Nierenherd in die Peritonealhöhle durchgebrochen.

Noch *ein* Mal am 24. chloroformirten wir den Kranken, um die Möglichkeit zu finden, durch Eröffnung eines, durch Fluctuation sich manifestirenden, Eiterherdes, wenn nicht den Kranken zu retten, so doch mindestens ihm Euthanasie zu schaffen. Doch auch dieses Mal war es unmöglich eine deutlich fluctuirende Stelle zu finden. Die Peritonitis steigerte sich immer mehr, am 25. trat Erbrechen hinzu und am Morgen des 28. starb der Kranke — am 26. Tage nach dem Trauma. Die Section bestätigte, wie Sie sich m. H. an dem Präparate überzeugen können, unsere Diagnose so vollständig, als wir es nur erwarten konnten.

Die linke Seite, vom linken Hypochondrium bis zur crista ilei, von der flexura lienalis des Colon und dem Colon descendens bis zur Wirbelsäule war in einen Raum verwandelt, der nach aussen begrenzt war durch dicke entzündliche Schwarten, im Innern durch derbe Scheidewände getheilt in Fächer, die gefüllt waren theils mit festen, theils mit zerfallenen Blutcoagula, mit eitrig-jauchiger Flüssigkeit, zertrümmerten und nekrotisch zerfallenen Gewebstheilen. Diese Anordnung machte es begreiflich, dass es am Lebenden nicht zur Manifestation deutlicher Fluctuation gekommen war. Inmitten dieses Raumes und des ihn füllenden Breies kostete es einige Mühe die linke Niere selbst zu finden. Sie zeigte sich an der Grenze ihres oberen und mittleren Drittheils oder im oberen Drittheil des Nierenbeckens vollständig in schräg-querer Richtung durchtrennt, so dass an der Stelle des Risses ein circa einen Centimeter breiter Zwischenraum das obere Nierendrittheil von dem unteren trennt, ein Zwischenraum, der nur durch eine dünne Schicht an der Stelle des Risses erhalten gebliebenen Nierenparenchyms und die fibröse Nierenkapsel gebildet zu sein scheint. Oberhalb des Risses liegt der oberste Theil des Nierenbeckens nebst einer Nierenkelchpapille. Medianwärts rechts an der obersten Kuppe der Jauchehöhle, in dem Winkel der Flexura lienalis des Colon fand sich im Mesenterium des Colon ein Durchbruch in die Peritonealhöhle. Dieser hatte sich 4 Tage vor dem Tode des Kranken gebildet, an *dem* Tage, als die Erscheinungen diffuser Peritonitis auftraten. Die Milz, fest angelöthet an die obere Fläche des Convolutes, welches gebildet war von den Wandungen der Höhle, in welcher die geborstene Niere lag, dem Colon transversum, der flexura lienalis und dem Colon descendens, war zu einem atrophischen Klumpen comprimirt und nach oben verdrängt in die linkseitige Excavation des Zwergfelles.

Referate.

P. G. Unna (Hamburg): Woraus besteht der schwarze Punct der Comedonen? (Virch. Arch. Bd. 82, S. 175.)

Es ist allgemein angenommen, dass der äusserlich sichtbare schwarze Punkt der Comedonen durch angehäuften Schmutz verursacht werde. Verf. konnte nun bei Untersuchung von vielen hundert mikroskopisch und mikro-chemisch untersuchten Mitessern die gewöhnlichen Schmutzbestandtheile niemals auffinden. Er betont ferner, dass der schwarze Punct der Comedonen erst unterhalb einer Epidermisschichte sich vorfindet und häufig durch Abschaben einer ungefärbten Hornschichte erst freigelegt werden muss. Seinem Bau nach bestehe er aus einem festen Mantel von Hornzellen und einem talgartigen weichen Kern. Was die Färbung anbelangt, so habe man eine diffuse Pigmentirung der Hornzellen und freie Pigmentkörner zu unterscheiden; die erstere nimmt regelmässig die obersten Hornlagen, den sogenannten Kopf des Comedos ein. Die Scala der Farben, gelb, braun bis braunschwarz erinnert sehr an die Färbung der blonden, braunen und schwarzen Haare. Das körnige Pigment bietet grosse Verschiedenheit in der Anzahl, Farbe und Grösse der Körner; es liegen dieselben meist im obersten Theile des Comedokernes, also dicht unterhalb des nur aus Hornzellen gebildeten Kopfes, in einer bereits fetthaltigen Zone. Der Farbe nach kann man schwarze, braune und blaue unterscheiden. In concentrirter Salz- und Salpetersäure, noch rascher in Königswasser, blasst die diffuse Färbung rasch ab, und erhitzt man zum Kochen, so lösen sich alle oder nahe zu alle Pigmentkörner rasch auf. Hierin liegt ein positiver Beweis, dass es sich nicht um Kohle handelt. Die blauen Körnchen widerstehen der Säure am wenigsten und lösen sich schon in verdünnter Salzsäure und gewöhnlicher Essigsäure auf, die braunen und schwarzen weichen erst den stärksten Mineralsäuren. Verf. glaubt, dass es sich bei den blauen Körperchen entweder um Ultramarin oder wenigstens um einen dem Ultramarin sehr ähnlichen Stoff handelt. β.

A. Rosenberger: Ueber das Einheilen unter antiseptischen Cautelen und das Schicksal frischer und todter Gewebsstücke in serösen Höhlen. (Arch. f. kl. Chir. Bd. XXV, Heft 4.)

Ausgehend von der Beobachtung, dass Fremdkörper und abgeschnürte Gewebspartien (versenkter Stiel bei Ovariotomien) ohne Schaden für die Patienten im Körper zurückgelassen werden dürfen und von der Hallwachs'schen Arbeit über Einheilung von organischem Material unter antiseptischen Cautelen, machte Verf. Versuche über das Einheilen von lebendem Material, meist Muskelstücken, aber auch ganzen Organen (Niere). Die Resultate der Versuche sind in folgenden Sätzen gegeben. Unter antiseptischen Cautelen können lebende Gewebsstücke in die serösen Höhlen von Thieren entweder ganz ohne, oder nur mit äusserst geringer Reaction einheilen. Nach einer entsprechenden Zeit sind diese Stücke spurlos verschwunden. Die Gewebsstücke brauchen nicht vom demselben Thier, nicht einmal von derselben Thiergattung zu sein. Verdauungsvorgänge finden nicht statt. Die Einheilung geht vor sich, indem schon nach dem 3. bis 4. Tage das Stück von einer Kapsel resp. von der Umgebung eingeschlossen ist. Von der Kapsel wandern Zellen in das eingeschlossene Stück ein und bringen dasselbe zum Zerfall. Eine seltenere Art der Einheilung ist die, dass nach 5—6 Tagen das Stück ohne eine Reizung in der Umgebung verursacht zu haben, entweder noch ganz ohne oder nur mit einer äusserst lockeren Verbindung mit der Umgebung in der Bauchhöhle liegt, die Kapsel wird fester, erhält ein Gefässnetz und das Stück erhält von der Kapsel seine Nahrung und lebt fort. Diese Art der Einheilung ist Verf. nur bei derselben Thiergattung gelungen. Die

dritte Art der Einheilung ist der vorigen gleich, nur dass im Centrum des Stückes ein Eiterherd gefunden wird, der wohl durch, für die Grösse des Stückes unzureichende Ernährung entstanden ist. Todte Gewebsstücke heilen im Ganzen auf dieselbe Weise ein wie die lebenden, nur kann natürlich kein Fortleben stattfinden, ebensowenig ein Erwachen des Lebens. T.

C. Friedländer (Berlin): Schellack-Steine als Ursache von Ileus. (Berl. klin. Woch. 1881, № 1.)

F. theilt einen Fall von Ileus aus dem Berliner städtischen Krankenhause mit, der mit Abführmitteln und Eingiessungen behandelt wurde, dieser Behandlung aber nicht wich, sondern nach 7 Tagen den Tod herbeiführte. Bei der Autopsie constatirte man eine colossale Füllung der Dünndärme, die bis nahe an die Klappe reichte, und im Ileum, etwa 30 Ctm. von der Klappe entfernt, fand sich ein Concrement in dem Darm eingeklemmt, welches das Lumen desselben vollständig ausfüllte. In den flüssigen Massen der darüber liegenden Partien des Darmes waren noch zahlreiche kleinere Concremente ähnlicher Natur vorhanden, und ausserdem wurde im Magen eine colossale Quantität von grossen Steinen (ca. 960 Grm.) dieser Art constatirt. Diese Concremente waren von unregelmässig kugliger Gestalt, bis Gänseeigross, bräunlich gefärbt, von harter Consistenz und es liess sich, geleitet durch ein anamnestisches Moment, der Nachweis führen, dass die festen Massen aus Schellack bestanden. Das Individuum war nämlich dem Trunke ergeben und hatte seit Jahren die Gewohnheit gehabt, ausser grossen Quantitäten Schnaps auch die Politurflüssigkeit (Spiritus-Schellacklösung), welche er als Tischler gebrauchte, zu trinken. Der Spiritus wurde im Magen resorbirt, der Schellack in Folge der Verdünnung des Alkohols niedergeschlagen, und in Folge dessen entstanden diese grossen Concremente im Magen, von denen eines in den Dünndarm gelangte und durch Verschliessung desselben den Tod herbeiführte. Einen analogen Fall von Concrementen im Magen und einem grösseren Concrement im Dünndarm, welches Veranlassung zum Ileus geworden und durch Laparotomie entfernt wurde, hat Dr. Langenbuch auf dem letzten Chirurgencongresse mitgetheilt, nur ist in diesem Falle die Natur der Concremente nicht festgestellt worden.

Da bei Tischlern, Drechslern etc. die obenerwähnte Leidenschaft nicht selten vorkommen soll, so wird man in Fällen von Verdauungsbeschwerden bei solchen Leuten daran denken müssen, ob man es nicht mit einem Politur-Säufer zu thun hat. Bf.

Israel: Heilung maligner Lymphome durch Arsenik. (Berl. klin. Woch. 1880, № 52.)

Isr. stellte am 20. October 1880 in der Berl. med. Gesellschaft eine 65jährige Patientin vor, die bereits seit 5 Monaten von ihrem Leiden vollkommen geheilt ist.

Seit dem Januar 1879 bis Februar 1880 hatten sich bei der Pat. zahlreiche Drüsenschwellungen entwickelt: im Rachen, am Halse, über den Clavikeln, in den Achseln, unter deren Einfluss allgemeine Schwäche und ein cachektischer Zustand eintrat. Die Behandlung begann im jüdischen Krankenhause in Berlin am 18. Februar 1880 und dauerte bis 4. April. Zum innerlichen Gebrauch wurde Sol. Fowleri 5,0, Tinct. ferri pom. 20,0 verabfolgt, — anfangs 3 Mal täglich 10 Tropfen, im Laufe von 4 Wochen allmählich gestiegen auf 3 Mal tägl. 30 Tropfen, auf diesem Maximum wurde 11 Tage verblieben und dann succesive herabgegangen. Zugleich wurde täglich 1 Einspritzung in eines der Drüsenpakete gemacht, wozu Sol. Fowleri und Aq. destill. āā genommen wurde, jedesmal $^{1}/_{10}$—$^{3}/_{10}$ Spritze. Im Ganzen wurden 28,0 Sol. Fowleri innerlich und 3,8 zu Injectionen verbraucht. Anfangs vergrösserten sich die Tumoren etwas, von der 3. Woche ab trat deutliche Besserung ein. Röthung, Abscesse, Fieber wurden nicht beobachtet, wohl aber stieg die Pulsfrequenz auf 140 und blieb so während der ganzen Kur. Nach 9 Wochen war die Genesung vollendet.

Die Pat. war vor ihrem Eintritt in's Krankenhaus bei Prof. Langenbeck gewesen, welcher ein Lymphosarkom diagnosticirte und die Prognose sehr ungünstig stellte. —o—

v. Kaczorowsky (Posen): Fünf Fälle von Bluttransfusion in die Peritonealhöhle nach Ponfick. (D. med. W. № 46.)

In folgenden 5 Krankheitsfällen: 1) Puerperalfieber, 2) hochgradige Anaemie einer Hysterischen, 3) Phthisis, 4) hochgradige Anaemie einer Frau mit fungösen Cervicalgeschwüren und verdächtiger Bronchitis, 5) Typhus exanthematicus einer Potatrix hat Verf. die Transfusion in die Peritonealhöhle gemacht, in sämmtlichen Fällen mit günstigem Erfolge und ohne unangenehme Complicationen in Folge des Eingriff's. Die Vortheile dieser Methode sieht er zum grossen Theile darin, dass wenig chirurgische Dexterität zu derselben erforderlich ist. Unter antiseptischen Cautelen wird ein Troicart in die l. alba eingestochen, der mit Glastrichter versehene Schlauch auf die Canüle gesetzt und das defibrinirte Blut eingegossen. S—t.

M. Holl: Zur Aetiologie des angeborenen Plattfusses. (Arch. f. klin. Chir. Bd. XXV. Hft. 4).

Ohne näher auf die anatomischen Auseinandersetzungen des Autors einzugehen, die sich nicht in kurzen Worten wiederholen lassen, wollen wir nur auf das practisch wichtige Resultat seiner Untersuchungen aufmerksam machen, dass der angeborene Plattfuss neben den gewöhnlich genannten Ursachen noch die bisher nicht genannte hat: einer Coalition (Verwachsung) des Calcaneus mit dem os scaphoideum; diese Verwachsung ist knorpelig mit eingestreuten Knochenkernen oder knöchern. Verfasser ist es gelungen, diesen Zustand auch am Lebenden zu diagnosticiren bei absoluter Unbeweglichkeit des Kahnbeins zum Fersenbein. Die besprochene Verwachsung hat exquisite Plattfussstellung im Gefolge, eine geringere wird auch bedingt durch Coalition des Talus mit dem Calcaneus. T.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Prof. E. Hofmann: Lehrbuch der gerichtlichen Medicin. 2. Aufl. 2. Hälfte. Wien 1881. Urban u. Schwarzenberg.

Mit diesem, 30 Druckbogen umfassenden, zweiten Bande ist das von uns schon in № 36 des vorigen Jahrganges dies. Woch. rühmlichst erwähnte Lehrbuch in seiner 2., wesentlich vermehrten und verbesserten Auflage abgeschlossen. Zunächst ist der vierte Hauptabschnitt, welcher die gewaltsamen Gesundheitsbeschädigungen und den gewaltsamen Tod behandelt, in der bereits aus dem ersten Bande bekannten erschöpfenden, dabei aber immer ansprechenden und den Leser nicht ermüdenden Weise zu Ende geführt und dann dem Werke durch die Hinzufügung eines fünften Hauptabschnittes, der der Auflage von 1877 noch völlig fehlte und die forensische Psychopathologie (fragliche Zurechnungsfähigkeit, Dispositionsfähigkeit, Verhandlungsfähigkeit) enthält, erst die wirkliche Vollständigkeit gegeben. Die im vorliegenden Buche gesammelten, durchgängig auf positiver Erfahrung und experimenteller Prüfung beruhenden Lehren, die der bündigen Form keinen Abbruch thuende, reiche Casuistik, die meist der Natur entnommenen Abbildungen etc., machen dasselbe zu einem vorzüglichen Leitfaden der gerichtlichen Medicin, sowohl für den Praktiker wie für den Studirenden und wünschen wir ihm die wohlverdiente, weiteste Verbreitung. F—t.

Ph. Biedert: Die Kinderernährung im Säuglingsalter. (Stuttgart, Verlag von Ferd. Enke, 1880, 8°. 392 Seiten).

Das vorliegende umfangreiche Werk zerfällt in 6 Abschnitte, deren erster von der Kindersterblichkeit im ersten Jahre, der zweite von den Nahrungsorganen und Nahrungsmitteln der Kinder handelt. Der dritte Abschnitt enthält «das Stillen durch Mütter und Ammen», der vierte die künstliche Ernährung, der fünfte die Störungen der Ernährung, endlich im sechsten finden wir einen kurzen Rückblick.

Der Hauptschwerpunkt der Arbeit liegt in dem zweiten und vierten Abschnitt, da beide in erschöpfender Weise die in ihnen behandelten Fragen erledigen. Nachdem im zweiten Abschnitt Anatomie und Physiologie der kindlichen Nahrungsorgane (speciell die allmälige Entwickelung in der Leistungsfähigkeit der Organe und der Chemismus der Verdauung) abgehandelt worden, wendet Verf. sich zum Hauptnahrungsmittel, zu der Milch. Chemie der Milch, Gerinnung und Sauerwerden, die Bildung derselben sind in ergiebigster Weise bearbeitet; ebenso ausführlich wird die Frage über die Verschiedenheit der Frauen- und Kuhmilch erledigt, deren wesentlicher Unterschied nicht in einer quantitativen, sondern qualitativen Beschaffenheit der Bestandtheile, vorzugsweise des Casein besteht; auf dieser Verschiedenheit beruht die schwerere Verdaulichkeit der Kuhmilch, die daher nur in passender Verdünnung verabfolgt werden darf (1% Casein).

Im dritten Abschnitt wird mit Recht den Müttern dringend das Selbststillen der Kinder an's Herz gelegt, für den Fall aber einer Ammenwahl wird in dankenswerther Weise des Schicksals der Ammenkinder gedacht, dann folgen Winke in betreff der Ammenwahl und der erlässlichen und unerlässlichen Eigenschaften der Amme.

In Betreff der künstl. Ernährung steht oben an die Kuhmilch; wiederum sehr genaue Auskunft erhalten wir über die Art der Verabfolgung, Verdünnung, Versetzung mit anderen Stoffen (Verf. giebt den schleimigen den Vorzug), sowie über die Menge der einzelnen Mahlzeiten. Hieran schliest sich die Besprechung des von Verf. angegebenen Rahmgemenges und Mittheilungen über die mannigfachen Surrogate für Milch.

Abschnitt V handelt zuerst von den krankhaften Zuständen und Erkrankungen der Brustdrüse, dann von den Bildungsfehlern der zur Nahrungsaufnahme bestimmten kindlichen Organe; endlich folgt die ganze Reihe der Erkrankungen des kindlichen Verdauungsapparates.

Die ergiebige Bearbeitung eines so wichtigen Kapitels, wie das der ersten Kinderernährung, die Erledigung aller hinein schlagenden Fragen nach dem neuesten Standpunkt der Wissenschaft sichern vorliegendem Buch den Erfolg in allen ärztlichen Kreisen und muss es daher auf's Wärmste empfohlen werden.

Wenn aber Verf. bei Abfassung desselben sich ein Doppelziel gestellt hat, es nicht nur für Fachgenossen, sondern auch für Laien, namentlich Frauen bestimmt hat, so scheint uns nach letzter Richtung der Zweck nicht erreicht. Das Buch ist durchaus nicht populär sondern rein wissenschaftlich gehalten. Hlm.

Russische medicinische Literatur.

№ 21. Klinitscheskaja Gaseta. № 3.
Inhalt: a. W. Dobrowolski: Ueber die Veränderung der Empfindlichkeit des Auges für die Farben des Spectrums bei sich ändernder Intensität derselben.
b) W. Bechterew: Ein Fall von localer Atrophie der Gehirnoberfläche u. s. w. (Schluss).
c) F. Pasternazki: Ein Fall von scheinbar nicht gleichzeitiger Contraction beider Herzhälften bei einem Herzfehler. (Aus der Klinik des Prof. Tschudnowski.)
d) S. Klikowitsch: Ueber die therapeutische Wirkung des Stickstoffoxyduls. (Aus der Klinik des Prof. Botkin.)

№ 22. Klinitscheskaja Gaseta. № 4.
Inhalt: a. W. Dobrowolski: Ueber die Veränderung der Empfindlichkeit des Auges u. s. w. (Schluss).
b) N. Iwanowski: Glomerulitis exsudativa als besondere Form der acuten Bright'schen Krankheit.
c) P. Kusnezki: Ovariotomie im 4. Monate der Schwangerschaft.

№ 23. Wratsch. № 5.
Inhalt: a. Prof. N. Ssorokin: Ueber Leptothrix des Auges.
b) J. Grimm: Ueber den Einfluss einer schlechten Fussbekleidung auf den Fuss.
c) S. Fialkowski: Ein Fall von papulösem Syphilid der Conjunctiva bulbi.
d) Goldwug: Die Diphtheritis in Koselez.
e) Glasunow: Heisses Wasser als Mittel gegen Gebärmutterblutungen.
f) Prof. A. Schtscherbakow: Analyse eines farblosen oxalsauren Harnsteines.

№ 24. Arbeiten (Труды) der Gesellschaft russischer Aerzte in St. Petersburg, nebst Sitzungsprotocollen für d. J. 1879—1880. St. Petersb. I. Heft 1880.
Inhalt: a. P. Rudanowski: Ueber die mechanischen Veränderungen in den Axencylindern.
b) A. Patenko: Ueber die Nervenendigungen in der Schleimhaut der Gebärmutter.
c) J. Grammatikaki: Zur Casuistik und pathologischen Anatomie der Fibromyome des Cervicalcanals der Gebärmutter.
d) T. Bogomolow: Ein Fall von Indigourie.
e) P. Uspenski: Versuch einer Pathologie der Neurosen.
f) W. Bechterew: Ueber die Verziehung des Kopfes und der Augen nach einer Seite bei Affection der Gehirnrinde.
g) J. Burzew: Mycosis gastro-intestinalis beim Menschen.
h) Prof. P. Leshaft: Ueber den Unterschied des Kraftausdruckes durch die Muskeln der oberen und unteren Extremitäten.

№ 25. Wratschebnija Wedomosti. № 4.
Inhalt: P. Uspenski: Ueber Neurosen. (Forts.)
b) S. Issajew: Ueber die physiologische Wirkung des Convallamarin auf die Circulationsorgane. (Aus dem pharmakologischen Laboratorium des Prof. Ssuschtschinski.)
c) P. Kowalewski: Ueber Verbrechen von Idioten.

№ 26. Klinitscheskaja Gaseta. № 5.
Inhalt: a. P. Tarnowskaja: Ein Fall von Dysthymia neuralgica.
b) P. Kusnezki: Ovariotomie im 4. Monate der Schwangerschaft. (Schluss).
c) N. Nikanorow: Ein Fall von Sarcom der Brusthöhle. (Aus der Klinik des Prof. Botkin.)
d) P. Uspenski: Ueber einige Erscheinungen beim Hypnotismus.
e) A. Netschajew: Ueber einige Bedingungen, welche die Absonderung des Magensaftes hemmen. (Aus d. Klinik des Prof. Botkin.)

№ 27. Sdorowje. № 152.
Inhalt: a. N. Schmitz: Aus der Kungur'schen Landschaft. (Gouv. Perm).
b) A. S.: Die nährenden Stoffe in den Nahrungsmitteln. (Forts.)
c) Grjasnow: Sanitätszustand des Kreises Tscherepowez. (Forts.)
d) D. Mendelejew: Die Arbeitercolonie bei dem Bau der Alexanderbrücke u. s. w. (Forts.)

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Ueber das biliöse Typhoid von N. Ljubimow. (russ.) Kasan 1880.

— Ueber die Kohlensäure der Luft des Erdbodens von P. Smolenski. Inaug.-Diss. (russ.) St. Petersburg 1880.

— Ueber die ableitende Wirkung örtlicher Hautreize von P. Nowitzki. Inaug.-Diss. (russ.) St. Petersburg 1880.

— Zur Frage von der Synthesis des Fettes im thierischen Organismus von A. Perewosnikow. Inaug.-Diss. (russ.) St. Petersburg 1880.

— Der Boden der Stadt Peterhof und seine Beziehung zu Cholera-Epidemien, von Th. Roschtschinin. Inaug.-Diss. (russ.) St. Petersburg 1881.

— Zur Lehre vom kyphotischen Becken und der Sprengung der Symphyse während der Geburt von N. Fenomenow. Inaug.-Diss. (russ.) St. Petersburg 1880.

— Ueber die Entwickelung der corpora fibrosa der Eierstöcke von F. Patenko. Inaug.-Diss. (russ.) St. Petersburg 1880.

— Zur Frage von der Beziehung der tuberculösen Darmgeschwüre zu geschwürigen Processen der Lungen von M. Sudakow. Inaug.-Diss. (russ.) St. Petersburg 1880.

— Grundriss der Anatomie des Menschen von Prof. Ad. Pansch. II. Abth. Mit 144 Holzschnitten. Rob. Oppenheim. Berlin 1881.

— Ueber heilbare Formen chronischer Herzleiden einschliesslich der Syphilis des Herzens. Von Dr. G. Mayer. J. A. Mayer. Aachen 1881.

Zur Frage des Hypnotismus.

In Veranlassung des Feuilleton-Artikels in unserer vorigen Nummer «Eine hypnotische Sitzung in St. Petersburg» sind wir darum angegangen worden, eine Entgegnung aufzunehmen. Wir haben uns bereit erklärt, diesem Wunsche zu entsprechen, wegen Kürze der Zeit konnte die angekündigte Entgegnung aber in unserer heutigen Nummer noch nicht erscheinen. D. Red.

Protokolle des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 11. November 1880.

Dr. Schmitz stellt zwei Patienten aus dem Oldenburger Kinderhospital vor. Der erste Fall betrifft ein $1^3/_4$jähriges Mädchen mit Ectopia (besser Inversio) vesicae urinariae, und zwar handelt es sich im vorliegenden Falle um die sehr seltene Ectopia (Inversio) vesicae urinariae inferior. Der Befund ist folgender. Patientin recht gut entwickelt. Nabelring nicht geschlossen, kleiner Nabelbruch, beide musculi recti abdominis lassen, nach unten zur Symphyse immer mehr auseinander tretend einen nach oben spitz zulaufenden, nach unten sich mehr und mehr verbreitenden Raum zwischen sich. Die inneren Ränder der geraden Bauchmuskeln lassen sich in ihrer ganzen Continuität palpiren. Die Bauchdecken sind bis zur Symphyse geschlossen. Die horizontalen Schambeinäste sind mit einander in der Medianlinie durch einen 5 Ctm. langen bindegewebigen Strang verbunden. Unterhalb der horizontalen Schambeinäste findet sich nur ein rother weicher, ca. $6^1/_2$ Ctm. breiter und ebenso langer prominenter Tumor, welcher nach allen Seiten hin in die normalen Bauchdecken übergeht, nur nach unten sich in die gespaltene Urethra fortsetzt. Bei genauerer Untersuchung erweist sich besagter Tumor als die aus den unverschlossen gebliebenen Bauchdecken sich hervorstülpende, mit normaler Schleimhaut überkleidete hintere Wand der Harnblase. Im unteren Theil dieses Tumors finden sich zwei für die Sonde leicht durchgängige Oeffnungen, welche nichts Anderes als die Uretherenöffnungen der Blase sind. Unterhalb des beschriebenen Tumors, der sich in tiefer Chloroformnarcose leicht vollständig reponiren lässt und reponirt bleibt, finden sich zwei kleine, mit normaler Schleimhaut überkleidete Wülste, dieselben ergeben sich als die in zwei symmetrische Theile gespaltene Clitoris, unterhalb dieser finden sich die kleinen Schamlippen. Als Ursache der Ectopia sive Inversio vesicae urinariae wird bekannter Weise eine Hemmungsbildung der Allantois angenommen, deren Stiel bei normalem Entwickelungsgange den später obliterirenden Urachus (Ligamentum vesico-umbilicale medium) und die Blase liefert. Abnorme Anhäufung von Flüssigkeit im unteren Theile der Allantois ist wahrscheinlich als Ursache des Ungeschlossenbleibens der Bauchdecken und der Spaltbildung in der vorderen Blasenwand anzusehen. Dr. Schmitz beabsichtigt durch Anfrischen und Vernähen der Ränder der vorderen Blasenwand und nachträgliche plastische Deckung der Bauchwandspalte den Defect zu beseitigen, und verspricht den Fall nach vollführter Operation dem Verein wieder vorzustellen.

Als zweiten Fall stellt Dr. Schmitz eine Kranke vor, die mit beiderseitigem hochgradigem Genu valgum in's Hospital aufgenommen wurde, und durch die beiderseits, oberhalb des Kniegelenks ausgeführte Osteotomie des Femur vollständig geheilt worden ist. Vor der Operation betrug der vom Oberschenkel und Unterschenkel gebildete, nach aussen offene Winkel rechts 140°, links 145°, jetzt ist eher beiderseits leichte Varusstellung vorhanden. Die active Beweglichkeit in beiden Kniegelenken ist eine vollständig normale. Dieselbe Operation ist in den letzten $1^1/_2$ Jahren im Oldenburger Hospital 8 Mal mit dem besten Erfolge ausgeführt worden.

Dr. Köcher hält einen längeren Vortrag über Militärsanitätswesen, welcher im Druck erscheinen soll. Secretär Dr. Lange.

Tagesereignisse.

— Ueber den jüngst hierselbst verstorbenen Dr. Carl Müller sind wir in den Stand gesetzt, folgende Notizen nachzutragen.

M. war in St. Petersburg geboren und erzogen, studirte in Dorpat Medicin und trat nach Beendigung seiner Studien im Jahre 1869 als ausseretatsmässiger Ordinator beim hiesigen Marien-Magdalenen-Hospital ein. In den Jahren 1877/78 machte er den Feldzug in Bulgarien als Arzt des 10. temporären Militärhospitals mit und wurde nach der Rückkehr i. J. 1879 ausseretatsmässiger Ordinator des hiesigen Alexanderhospitals, wo er sich die Infection durch Flecktyphus zuzog, dem er zum Opfer fiel. Durch seinen Tod hat das Hospital einen pflichtgetreuen Arzt verloren.

— In Nishni-Nowgorod ist der freipraktisirende Arzt Dr. Nikolai Jakowlew, Besitzer einer elektrogalvanischen und pneumatischen Heilanstalt daselbst, gestorben. J. ist in der russischen medicinischen Literatur als Uebersetzer der deutschen Werke von V. Bruns über Galvano-Chirurgie und von Fromhold über Elektrolyse bekannt.

— Am 27. Januar c. verstarb hierselbst der frühere Apothekenbesitzer, Hofrath F. Jordan. Der Verstorbene war Ehrenmitglied der hiesigen pharmaceutischen Gesellschaft, früher viele Jahre hindurch Secretär und Deputirter derselben im Medicinalrathe.

— Dr. C. H. Bosse, Director der Naturheilanstalt in Sassenhof bei Riga, ist nach längerer Krankheit am 30. Jan. gestorben.

— Professor Dr. Moriz Benedict in Wien ist in der am 15. Januar c. abgehaltenen Sitzung der kaiserlichen Gesellschaft für Anthropologie und Ethnographie in Moskau an Stelle Broca's zum auswärtigen Mitgliede ernannt worden.

— Der Professor der Pathologie und Chefarzt des Hospitals St. Esprit in Rom, Dr. Baccelli, ist zum Unterrichtsminister Italiens ernannt worden.

— Das Wiener medicinische Doctoren-Collegium hat den Dr. med. Carl Theodor Herzog in Baiern einstimmig zum Ehrenmitgliede des Vereins ernannt.

— Wir registriren heute einen Triumph, den die ärztliche Kunst in den letzten Tagen gefeiert hat. Die wichtige Frage, welche so lange schon die Chirurgen beschäftigt: ob die so häufig vorkommenden Carcinome des Magens, gegen welche alle inneren Mittel vergeblich sind, auf operativem Wege geheilt werden können, — scheint mit einem Schlage gelöst zu sein.

Am 29. Jan. n. St. führte nämlich Professor Billroth in Wien eine partielle Resection des Magens an einer 43 Jahre alten Frau wegen hochgradigen Pyloruscarcinoms mit bis jetzt durchaus günstigem Erfolge aus. Schon vor 70 Jahren hatte ein junger Arzt Karl Merrem in einer Dissertation durch Experimente an Hunden nachgewiesen, dass man den Pylorus ausschneiden und den Magen mit dem Duodenum vereinigen könne und diese Operation auch bei Menschen mit unheilbaren Pyloruscarcinomen vorgeschlagen. Allein die Ueberzeugung, dass die Lebensprocesse im Thier- und Menschenkörper wesentlich dieselben seien, war noch zu wenig vorgedrungen und andererseits die operative Technik nicht weit genug vorgeschritten, als dass man sich an diese Operation gewagt hätte. Erst das letzte Jahrzehnt brachte sichere Fortschritte auf diesem Gebiete und namentlich waren es Billroth und seine Schüler, welche die Magenresection anatomisch-physiologisch und technisch vorbereitet haben. Nachdem Billroth im Jahre 1871 nachgewiesen hatte, dass man bei Hunden Stücke der Speiseröhre ausschneiden könne, machte Czerny zuerst diese Operation an Menschen. Es folgten die Versuche von Gussenbauer und Winiwarter über die Resection von Darm- und Magenstücken an Hunden (referirt in dies. Wochenschrift 1876, № 32, S. 6.) und darauf Martini's und Gussenbauer's mit Erfolg vorgenommene Resection einer krebsig entarteten Flexura sigmoidea. Die von Billroth im Jahre 1877 mit günstigem Resultate ausgeführte Gastrorhaphie (siehe diese Wochenschrift 1877, S. 392) war ein weiterer Fortschritt auf diesem Gebiete und bewog ihn schon damals zu dem Ausspruche, dass «von dieser Operation zur Resection eines Stückes carcinomatösen Magens nur noch ein kühner Schritt sei». Der Erste, welcher die Resection eines carcinomatösen Pylorus beim Menschen vornahm, war der in Laparotomieen erfahrene Pariser Chirurg Péan im Jahre 1879 — jedoch mit letalem Ausgange am 4. Tage. Billroth selbst kamen in den letzten Jahren keine zur Operation geeigneten Fälle zu Gesicht. Die 43-jährige früher gesunde Frau (Mutter von 8 lebenden Kindern), an welcher Billroth am 29. Januar c. die Magenresection ausführte, war im October 1880 mit Erbrechen erkrankt, dem sich bald alle Symptome eines Magencarcinoms mit Pylorusstenose hinzugesellten. Erst in den letzten 6 Wochen entwickelten sich in Folge des dauernden Erbrechens und der geringen Nahrungsaufnahme kolossale Blässe, Abmagerung, kleiner frequenter Puls, Ermattung, so dass die Patientin ihr Ende nahe fühlte und sich zu der von Billroth vorgeschlagenen Operation entschloss. Die Vorbereitung zur Operation, welche bei einer Zimmertemperatur von 24° R. ausgeführt wurde, bestand in Auswaschung des Magens mittelst der gewöhnlichen Injections- und Pumpungsmethode. Sodann wurde in der Chloroformnarkose ein ca. 8 Ctm. langer Querschnitt über dem etwas nach rechts gelegenen beweglichen Tumor durch die dünnen Bauchdecken geführt. Der Tumor, welcher wegen seiner Grösse schwer zu entwickeln war, erwies sich als ein knotiges, theils infiltrirtes Carcinom des Pylorus und mehr als des unteren Drittheils des Magens. Lösung der Verklebung mit Netz und Colon transversum; vorsichtige Abtrennung des grossen und kleinen Netzes; Abbindung aller Gefässe vor ihrer Durchschneidung. Blutverlust äusserst gering. Sodann vollständige Vorlagerung des Tumors auf die Bauchdecken; Schnitt durch den Magen 1 Ctm. jenseits des infiltrirten Theiles, zuerst nur rückwärts, dann ebenso durch das Duodenum. 6 Nähte durch die Wundränder; die Fäden werden noch nicht geknüpft, sondern nur benutzt, die Wundränder in situ zu halten. Weiterer Schnitt durch den Magen schräg von oben und innen nach unten und aussen, entlang und immer 1 Ctm. entfernt von dem infiltrirten Theil der Magenwand. Nach Vereinigung der schrägen Magenwunde von unten nach oben, bis die Oeffnung nur so gross war, dass sie dem Duodenum angepasst werden konnte, wurde nun die völlige Ablösung des Tumors vom Duodenum 1 Ctm. jenseits der Infiltration durch eine dem Magenschnitt parallele Schnittführung bewerkstelligt. Genaue Einführung des Duodenum in die übrig gelassene Magenöffnung und im Ganzen einige 50 Nähte mit carbolisirter Seide. Nach Reinigung mit 2 % Carbollösung und Anlegung einiger Hülfsnähte, Reposition in die Bauchhöhle. Schluss der Bauchwunde. Verband. Die Operation hatte mit dem langsamen Chloroformiren zusammen 1½ Stunden gedauert. Das excidirte Stück beträgt an der grossen Curvatur 14 Ctm.; durch den Pylorus lässt sich mit Mühe ein Federkiel bringen. Der Magen ist durch die Operation kleiner als früher geworden, die Form desselben aber nicht sehr verändert.

Nach der Operation war kein Erbrechen, auch kein Schmerz vorhanden. In den ersten 24 St. erhielt Pat. per os nur Eis, ausserdem Peptonklystiere mit Wein, am 2. Tage aber schon anfangs alle Stunden, dann alle ½ Stunden einen Esslöffel voll saurer Milch. Kein Wundschmerz, mässige febrile Reaction. Pat. fühlt sich relativ wohl und schläft gut nach einer Morphiuminjection. Ausser einem Liter Milch erhält sie täglich 3 Weinklysmen, nachdem die Pepton-Pankreasklystiere nicht vertragen wurden. Puls weit ruhiger und voller als vor der Operation. So geht es bisher fort ohne die geringste Störung.

In der uns gütigst zur Verfügung gestellten Nummer der «Wiener med. Wochenschrift», welche wir bei vorliegendem Referat benutzt haben, hat Professor Billroth eigenhändig am Rande noch die Bemerkung hinzugefügt: «5. Februar. Nähte entfernt. Reactionslose Heilung. Gutes Allgemeinbefinden. Pat. nimmt Bouillon mit Ei, Kaffee, Thee, Cacao». Aus einer weiteren Mittheilung B.'s geht hervor, dass Pat. am 13. Febr. sich wohl befand und die Genesung gesichert scheint.

Somit ist das Resultat ein über alles Erwarten günstiges und genügt schon der bisherige Verlauf, um die Ausführbarkeit dieser Operation zu beweisen, welche ganz dazu geeignet ist, die Leiden unglücklicher, bisher für unheilbar gehaltener Menschen zu heilen oder, falls es bei Carcinomen zu Recidiven kommen sollte, wenigstens für eine Zeitlang zu lindern. Bf.

Miscellen.

— Von den künstlichen Mineralwässern der neuen Fabrik Bekmann & Co. (cf. Inserate) haben wir Gelegenheit, gehabt einige Sorten anzumelden und erweisen sich dieselben (Hunyadi-Janos und pyrophosphorsaures Eisenwasser) als sehr wirksam und zudem durch den bedeutenden Kohlensäuregehalt dem Geschmacksorgan angenehm.

— Der hiesige Arzt Dr. F. Weber, welcher während der Badesaison in Staraja Russa prakticirt, beabsichtigt in dieser Saison einen «Anzeiger der Mineralbäder von Staraja Russa» herauszugeben. Dieser Anzeiger wird jeden Sonntag erscheinen und Auskunft ertheilen über Alles für die Badegäste Wissenswerthe, sowie Fremdenlisten, Verzeichniss der Aerzte, Preiscourante für Victualien etc. bringen.

— Zur Dispensation von Liquor ferri sesquichlorati empfiehlt Hager die Verdünnung mit Glycerin oder Zuckersyrup und weiteres Mischen mit Kuhmilch. Es sollen dadurch die Zähne nicht angegriffen werden und der Geschmack des Eisens nicht hervortreten.

— *Der zehnte Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie* findet vom 6.—9. April d. J. in Berlin statt. Zur Begrüssung versammeln die Mitglieder sich am 5. April Abends von 8 Uhr ab im Hôtel du Nord (Unter den Linden 35). Die wissenschaftlichen Sitzungen werden am 6. April, Mittags von 12½—4 Uhr, an den anderen Tagen von 2—4 Uhr in der Aula der Königl. Universität, die für Demonstration von Präparaten und Krankenvorstellung bestimmten Morgensitzungen von 10—1 Uhr im Königl. Universitäts-Klinikum und in der Königl. Charité abgehalten. In den Morgensitzungen vorzustellende, von auswärts kommende Kranke können im Königl. Klinikum (Berlin, N., Ziegelstrasse № 7—9) Aufnahme finden, Präparate, Bandagen, Instrumente u. s. w. ebendahin gesandt werden. Für die in Aussicht genommenen operativen Demonstrationen in einer der Nachmittags-Sitzungen werden die Anmeldungen möglichst bald erbeten, damit das dazu erforderliche Material verfügbar gemacht werden kann, ebenso sind die Anmeldungen zu Vorträgen an den d. Z. Vorsitzenden, Prof. v. Langenbeck zeitig zu richten.

Eine Ausschuss-Sitzung zur Aufnahme neuer Mitglieder findet am 5. April, Abends 9 Uhr, im Hôtel du Nord und das gemeinschaftliche Mittagsmahl am 7. April um 5 Uhr Abends im Hôtel du Nord statt.

— Der deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege und der Verein für Gesundheitstechnik beabsichtigen gemeinschaftlich eine *Ausstellung für Hygieine* im Jahre 1882 in Berlin zu veranstalten.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs
am 1. Februar 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	953	351	1304
Alexander- «	759	166	925
Kalinkin- «	—	552	552
Peter-Paul- «	395	178	573
St. Marien-Magdalenen-Hospital	166	73	239
Marien-Hospital	293	485	778
Ausserstädtisches Hospital	359	137	496
Roshdestwensky-Hospital	51	37	88
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	342	156	498
3 zeitw. Hospitäler	486	99	585
Ausschlags-Hospital	5	8	13
Summa der Civilhospitäler	3809	2242	6051
Nikolai-Kinder-Hospital	51	45	96
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	66	98	164
Elisabeth-Kinder-Hospital	25	36	61
Summa der Kinderhospitäler	142	179	321
Nicolai-Militär-Hospital	686	19	705
Ssemenow'sches Militär-Hospital	344	—	344
Kalinkin-Marine-Hospital	321	—	321
Gesammt-Summa	5302	2440	7742

Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	857	335	1192
Scarlatina	21	21	42
Variola	8	4	12
Venerische Krankheiten	849	549	1398

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 25. Januar bis 1. Februar 1881 besucht von 2452 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1183.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs
für die Woche vom 18. bis 24. Januar 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 709 (Todtgeborene 21). Durchschnittliche Sterblichkeit der Woche, für das ganze Jahr berechnet, beträgt 55,04 pro Mille der Einwohnerzahl, ohne Zugereiste aber 53,49.

Zahl der Sterbefälle:
1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
430	279	709	124	38	83	19	13	31	92	66	81	57	52	31	16	6

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 27, Typh. abd. 39, Febris recurrens 12, Typhus ohne Bestimmung der Form 12, Pocken 1, Masern 2, Scharlach 15, Diphtheritis 8, Croup 7, Keuchhusten 2, Puerperalkrankheiten 9, Dysenterie 1.

— Gehirnapoplexie 8, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 19, acute Entzündung der Athmungsorgane 132, Lungenschwindsucht 121, Gastro-intestinal-Krankheiten 99, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 26, Marasmus senilis 34, Pyämie und Septicämie 9.

— Tod durch Zufall 5, Selbstmord 2.

— Andere Ursachen 118.

Nächste Sitzung des allgem. Vereins St. Petersburger Aerzte, Dienstag den 10. Februar 1881.

Nächste Sitzung d. deutschen ärztlichen Vereins, Montag den 16. Februar 1881.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 6 Февраля 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh. Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

ST. PETERSBURGER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg, Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 7. St. Petersburg, 14. (26.) Februar. 1881.

Ueber die Behandlung von Typhuskranken mit langdauernden lauen Bädern.

Von

S. I. Afanassjew.

Aus der propädeutischen Klinik v. Prof. W. A. Manassein.

Die Anwendung langdauernder lauer Bäder zur Herabsetzung der Körpertemperatur bei der Behandlung von Typhuskranken wurde in der Literatur erst bekannt seit der Veröffentlichung von Riess [1]). Nach Besprechung der verschiedenen hydrotherapeutischen Methoden zur Wärmeentziehung bei Fieberkranken kommt er zu dem Schlusse, dass durch lange fortgesetzte lauwarme Bäder der nützliche Effekt von Bädern bequem zu erreichen sei, nämlich eine anhaltende Abkühlung des Körpers bis zur Norm herab mit Verminderung der regulirenden Reaction des Organismus. Als Temperatur solcher Bäder giebt er 31° Cels. an (ca. 25° R.) Die Anwendungsweise der Bäder war bei ihm folgende:

Am Tage nach der Aufnahme von Typhuskranken mit hoher Temperatur, wurden dieselben auf 24 Stunden in das Bad gesetzt; in den darauf folgenden Tagen hing die Dauer der Bäder von der in recto gemessenen Temperatur der Kranken ab: sobald die Temperatur 38,6° erreichte, wurden die Kranken in ein Bad gesetzt, welches bei 37,5° unterbrochen wurde, bis die Temperatur wieder auf 38,6° stieg u. s. f. Dabei gelang es Riess von den ersten Tagen ab die Temperatur der Typhuskranken bis zur Norm und sogar tiefer herabzusetzen und dieselbe darauf während der ganzen Dauer des typhösen Processes mehr oder weniger nahe der Norm zu erhalten. Ausser dem günstigen Einflusse der Bäder auf die Temperatur bemerkte Riess auch noch, dass vor dem Bade delirirende oder comatöse Kranke während des Bades zum vollen Bewusstsein zurückkehrten und gern in der Wanne blieben.

Ungeachtet der glänzenden von Riess erhaltenen Resultate und mehr oder weniger genauer Referate seines Aufsatzes in verschiedenen Zeitungen, haben wir bis jetzt nirgends eine Mittheilung darüber gefunden, dass jemand die Angaben von Riess controlirt hätte.

Da a priori lauwarme Bäder den Kranken bedeutend angenehmer sein müssen als die kalten und auch die sogenannten Ziemssen'schen Bäder, so entschlossen wir uns, die Behandlung der in die therapeutische Klinik eintretenden Typhuskranken mit lange fortgesetzten lauen Bädern zu versuchen. Die Resultate unserer, den Verhältnissen der Klinik entsprechend, leider durchaus nicht zahlreichen Beobachtungen scheinen uns der Veröffentlichung durch den Druck werth zu sein, um über ein grösseres Material verfügende Collegen zur Anwendung des zu schildernden Behandlungsmodus in grösserem Maasstabe zu veranlassen.

Wir stellten unsere Beobachtungen in folgender Weise an: Der Kranke lag in der Wanne bequem auf einem fast bis zum Boden herabgelassenen Laken. Als Kopfkissen diente ein ringförmiges Gummikissen, (wie sie in Hospitälern bei Decubitus angewandt werden,) in dessen Oeffnung der Kopf des Kranken zu liegen kam. Um in der Wanne den Kranken in hängender Lage zu erhalten, wurden die Ränder des Lakens an einem Rahmen befestigt, welcher die Wanne ausserhalb ihrer oberen Ränder umgab. Dieser Rahmen hatte eine viereckige Form (ähnlich den Kriegstragbahren oder Stickrahmen). Mehr Bequemlichkeit bot eine in der Klinik von A. G. Polotebnow besonders construirte Wanne für solche Kranke, die andauernd im Wasser gehalten werden sollten. Diese Wanne ist bis 2¼ m. lang 1½ m. breit und 1 m. tief; in dieselbe hinein wird auf Blöcken ein Zinkrahmen hineingelassen, an welchem quer und längs verlaufende Hanfriemen befestigt sind, auf denen ein Laken ausgebreitet ist bei dem Hineinsetzen des Kran-

[1]) Centralblatt f. d. medic. Wissenschaften 1880, 24. Juli, S. 545 bis 549. — Privatmittheilungen zufolge wurden bei uns in Russland schon früher als von Riess z. B. von Prof. A. G. Polotebnow Versuche angestellt, Typhuskranke mit lange fortgesetzten lauwarmen Bädern zu behandeln, leider aber sind diese Versuche nicht veröffentlicht worden.

ken; am Rahmen ist ein bewegliches Kopfkissen befestigt, so dass der Kopf verschieden tief und in verschiedenen Stellungen gehalten werden kann. Mit einer solchen einerseits bescheidenen, andrerseits für den Kranken verhältnissmässig bequemen Wanne konnte ich 7 Beobachtungen mit langdauernden lauen Bädern an Kranken mit Unterleibstyphus anstellen.

Indem wir uns den Verhältnissen des Hospitales [1]) anpassten und auf die subjective Empfindung der Kranken Rücksicht nahmen, wendeten wir in der Mehrzahl der Fälle Bäder von nur dreistündiger Dauer an und wiederholten dieselben zweimal täglich, solange die Temperaturen hoch waren. Nur in seltenen Fällen betrug die Dauer der Bäder mehr als 3 Stunden; einige Bäder dauerten, theils wegen zufälliger Umstände, theils wegen unangenehmer Empfindungen bei den Kranken, weniger als 3 Stunden. Die Temperatur der Bäder betrug gewöhnlich 25° R. (31¼ C.), aber in Berücksichtigung der Individualität und der subjectiven Empfindungen der Patienten steigerten wir zuweilen die Temperatur auf 33° C., in einigen seltenen Fällen sogar auf 35° C., und zwar immer mit günstigem Erfolge.

Ohne die Krankengeschichten genau wiederzugeben. wollen wir nur im Allgemeinen einige Worte sagen über den Verlauf des typhösen Processes bei unseren Kranken. Von den 7 Fällen waren zwei besonders hartnäckig und schwer durch die Höhe und die Dauer des Fiebers. Indem wir die hohen Fiebertemperaturen vom Tage des Eintrittes in das Hospital bestimmten, hatten wir stärkere Temperatursteigerungen (über 38,5° Abends) vom 11. bis zum 33. Krankheitstage. Ungeachtet solcher Verschiedenheiten in der Dauer der Krankheit haben wir doch in keinem von den 7 Fällen den sogenannten typhösen Zustand gesehen. Immer ungetrübtes Bewusstsein, unbedeutender Kopfschmerz oder sogar gänzliches Fehlen desselben und ruhiger, guter Schlaf wurden während der ganzen Zeit der Anwendung lauwarmer Bäder beobachtet. Die Function der Verdauungsorgane war eine für Typhuskranke vollkommen zufriedenstellende: Die Zunge war nur in einigen Fällen belegt, meist hingegen feucht und rein; *der Appetit war vollkommen erhalten, so dass die Kranken während der ganzen Dauer des typhösen Processes gern assen.* Leber und Milz waren recht mässig vergrössert, beide aber in den früheren Stadien in allen Fällen schmerzhaft. Schmerz im Gebiete des Blinddarmes, Kothanhäufung und Auftreibung der Därme fanden sich fast regelmässig, zwangen aber selten zur Anwendung besonderer therapeutischer Maassnahmen (Clysmata): Kranke die mit recht starker Auftreibung der Därme und Kothansammlung in die Wanne stiegen, empfanden in dem Bade oder gleich darauf natürlichen Stuhldrang. Starke Durchfälle kamen nicht zur Beobachtung. Unter Complicationen von Seiten anderer Organe nennen wir Bronchitis, die in 2 Fällen stark war, aber ohne besondere Behandlung verging. In 2 oder 3 Fällen klagten die Kranken über Schmerzen in den Adductoren der Oberschenkel.

Das allgemeine Bild der Krankheitserscheinungen, welches deutlich für den Nutzen der beschriebenen Behandlungsmethode spricht, verlassend, wenden wir uns jetzt zur überaus wichtigen Frage nach den Schwankungen der Temperatur, des Pulses und der Respiration; diese Schwankungen haben wir in 114 Fällen von Anwendung langdauernder lauer Bäder beobachtet.

Den Einfluss von lange fortgesetzten zweimal täglich gemachten lauwarmen Bädern auf die Temperatur der Typhuskranken in allgemeinen Zügen schildernd, können wir sagen, dass es uns selbst auf der Höhe der Krankheit gelang, den Typus der febris continua mit hohen Temperaturen in einen remittirenden oder intermittirenden zu verwandeln. Eine dreistündige Wanne setzte in der Mehrzahl der Fälle die Fiebertemperatur um 2°—2,5° und 3° C. herab, in einigen seltenen Fällen sogar noch mehr. Dank einer solchen Herabsetzung der Temperatur konnten Patienten, die vor dem Bade 40,5°—41,5° C. zeigten, sich während des Bestehens normaler oder der Norm wenigstens nahegebrachter Temperaturen von der verderblichen Wirkung des hohen Fiebers erholen und restauriren. In der angegebenen Weise machten wir 2 Bäder täglich, so lange die Temperatur in recto über 38,6° betrug; dieselbe wurde vor und nach dem Bade gemessen.

Von den 114 Bädern dauerten 100 volle 3 Stunden, 14 hingegen mehr oder weniger als 3 Stunden. Wir erhielten bei 114 Bädern folgende Herabsetzungen der Temperatur:

2 Mal um 3,2° C.	24 Mal um 1,5° C.
7 » » 3° »	23 » » 1° »
21 » » 2,5° »	3 » » 0,5° »
34 » » 2° »	

Dass die Temperatur recht oft nur um 1° sank, lässt sich daraus erklären, dass die Bäder auch bei solchen Kranken angewandt wurden, die in recto nur 38,6° zeigten und bei denen sich natürlich ein Sinken um mehr als 1° nicht erwarten liess; andrerseits gehören zu dieser Rubrik auch Bäder von geringerer Dauer als 3 Stunden und endlich solche Fälle, in welchen die Messung der Temperatur aus zufälligen Gründen später vorgenommen wurde (eine halbe Stunde und mehr nach dem Bade). Das Sinken der Temperatur um 0,5° in 3 Fällen wird durch die kurze Dauer des Bades erklärt (von ½—1 Stunde).

Nach unserer Ueberzeugung beträgt a) bei Bädern von 3-stündiger Dauer die Herabsetzung der Temperatur gewöhnlich 1,5°—2,5° C.; ein stärkeres Sinken der Temperatur wird seltener erreicht. b) In den späteren Stadien des Typhus giebt die Temperatur leichter nach als in den ersten Tagen, so dass in der späteren Zeit sogar Bäder von weniger als dreistündiger Dauer denselben oder sogar einen grösseren Effekt erzielen. c) Abends sinkt die Temperatur nach Bädern von dreistündiger Dauer bedeutender, als Morgens. Die stärksten Herabsetzungen in unseren Fällen (3,2° C.) beziehen sich auf Abendbäder; die stärkste Herabsetzung betrug Morgens 2,8° C. bei Bädern von mehr als 3 Stunden Dauer und 2,4° bei den gewöhnlichen dreistündigen Bädern. Da aber die Morgentemperaturen niedriger waren als die Abendtemperaturen, so setzten doch die, wenn auch relativ geringeren Morgensenkungen die Temperatur der Kranken bis zur Norm herab. Dabei kann ich nicht umhin, zu bemerken, dass die Temperatur des Bades Abends nicht selten 1—2° mehr betrug, nämlich Morgens 31° C., Abends dagegen 33° und in einzelnen Fällen sogar bis 35° C.

[1]) Im Hospitale kann man nach 9 Uhr weder zu Bädern noch auch zu anderen Bedürfnissen warmes Wasser erhalten; auch ist das Wartepersonal für die Nacht unzureichend. Daher lassen sich nur im Verlaufe des Tages (höchstens 12 Stunden hindurch) Bäder machen.

Zur grösseren Uebersichtlichkeit unserer Resultate fügen wir die folgende Tabelle bei, welche die Temperaturabfälle nach Bädern von der oben angegebenen Dauer in Zahlen ausdrückt. Dabei haben wir zur Vermeidung unnützer Zahlen nicht die Temperaturen vor und nach den Bädern sondern nur die Differenzen zwischen denselben angegeben.

Differenz d. Temperaturen vor u. nach dem Bade.	3,2 ° C.	3 ° C.		2,5 ° C.		2 ° C.		1,5 ° C.		1 ° C.		0,5 ° C.	
Zeit der Bäder	Abends	Morgens	Abends	Morgens	Abends	Morgens	Abends	Morgens	Abends	Morgens	Abends	Morgens	Abends
Herabsetzung der Temperatur nach jeder einzelnen Wanne nebst besonderer Angabe der in einzelnen Fällen 3 Stunden übersteigenden oder nicht erreichenden Dauer der einzelnen Bäder.	3,2 °	2,8 ° 4 St. 45 M.	2,6 °	2,1 °	2,1 °	1,7 °	1,9 °	1,1 ° 2 Stund.	1,3 °	0,8 °	0,7 ° 2 Stund.	0,5 ° 1 Stund.	0,5 ° ½ St.
	3,2		3,0	2,4	2,2	1,7	1,8	1,4	1,3	0,9	0,8		0,5 ½ St.
			2,7	2,2	2,2	1,9	1,6	1,5	1,5	0,7	1,0		
			2,9	2,4	2,3 2½ St.	1,6	1,8	1,1	1,3	1,0	1,1		
			3,0	2,2	2,4	1,7	1,9	1,1	1,1	0,9	0,8 2 Stund.		
			2,8	2,3	2,4	1,6	1,8	1,3	1,4	0,6 2 Stund.	0,8		
				2,1	2,2	2,0	1,7	1,2 2 Stund.	1,1	0,6	1,0		
				2,2	2,2	2,0	1,6	1,4	1,3 1 Stund.	0,6	1,0		
					2,2	1,9	2,0	1,4	1,2 2 Stund.	0,9	1,0		
					2,1 2 St. 25 M.	1,6	1,8		1,1	1,0	0,9		
					2,2	1,7	1,8		1,3	1,0	1,0		
					2,1	1,8	1,8		1,1	0,9			
					2,1	1,6	1,6		1,4				
						2,0	1,7		1,4				
						1,6	1.7		1,1				
						1,6	1,9						
						2,0	1,9						

Sehen wir von 14 Bädern ab, die mehr oder weniger als 3 Stunden dauerten, so haben wir für die übrigen 100 Bäder folgende Herabsetzungen der Temperatur:

2 Mal um 3,2° C.		33 Mal um 2° C.
6 » » 3° »		20 » » 1,5° »
19 » » 2,5° »		20 » » 1,0° »

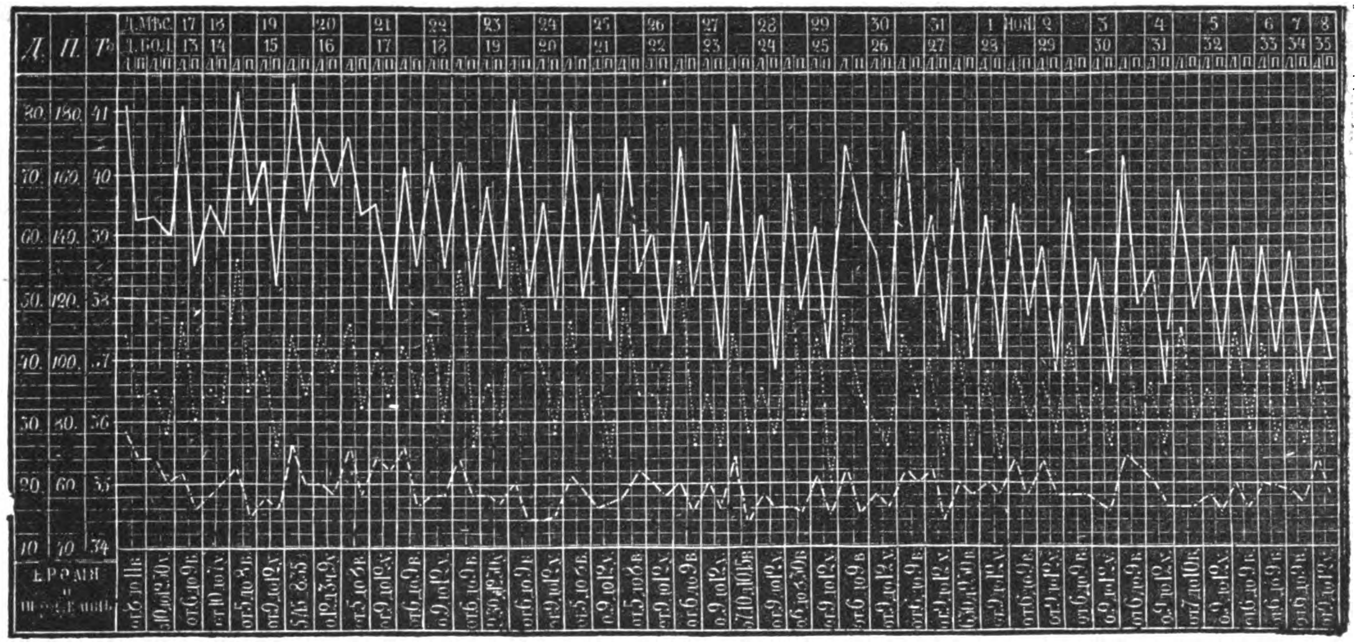
Mit der Anführung dieser Zahlenangaben beendigen wir unsere Untersuchung in Bezug auf die Temperatur und sagen nur noch einige Worte über den Puls und die Respiration. Unsere Aufmerksamkeit in Bezug auf den Puls richteten wir auf die Qualität und die Frequenz der Pulsschläge. Sphygmographische Beobachtungen stellten wir nicht an und können daher über den Puls nur nach dem Eindrucke urtheilen, den wir bei der Anwendung der gewöhnlichen Untersuchungsmethode empfingen. Der Puls bot beim Beginne des Bades das Gefühl einer vollen und gespannten Welle dar und war leicht zu bestimmen in Fällen, in welchen einige Minuten vorher zur Messung seiner Frequenz grosse Aufmerksamkeit erforderlich war. Die Zahl der Schläge nahm schnell nach dem Beginne des Bades um 20 bis 30 in der Minute ab und war in einigen seltenen Fällen um die Hälfte geringer als vor dem Bade und blieb so auch noch einige Zeit nach dem Verlassen des Bades; dabei wurde in allen Fällen der Puls, indem seine Frequenz abnahm, voller und kräftiger in Folge regelmässiger Herzthätigkeit.

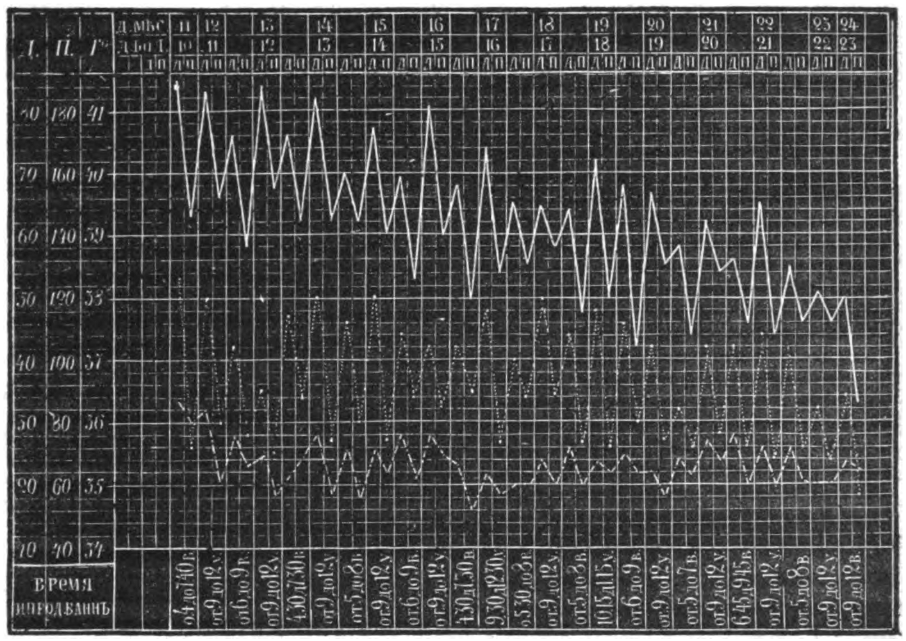
Indem wir in allen Fällen die Pulsschläge vor und nach der Wanne zählten, fanden wir folgendes Verhalten des Pulses (die Zahl der Schläge nach dem Bade = 1 gesetzt):

Nach 8 Bädern	1:1	Nach 20 Bädern	1:1,5
» 14 »	1:1,1	» 4 »	1:1,6
» 21 »	1:1,2	» 10 »	1:1,7
» 11 »	1:1,3	» 2 »	1:1,9
» 22 »	1:1,4	» 2 »	Pulsbeschleunigung

Diese Verhältnisse zeigen, dass in den ausgesprochensten Fällen von Einfluss lauwarmer Bäder auf den Puls die Pulsfrequenz fast um die Hälfte nach dem Bade abnahm. Das umgekehrte Verhältniss war eine seltene Ausnahme und von zufälligen Ursachen abzuleiten und daher nicht im Stande, die Bedeutung unserer allgemeinen Schlüsse über das Sinken der Pulsfrequenz aufzuheben. Was die übrigen Besonderheiten des Pulses anbetrifft, so halten wir die Bemerkung für wichtig, dass die Abnahme der Pulsfrequenz immer einem Sinken der Temperatur entsprach; nur zuweilen war die Abnahme der Pulsfrequenz stärker, als es der Temperatur entsprach. Die Respirationsfrequenz sank ebenfalls, meist parallel dem Pulse und der Temperatur; indessen war in dieser Beziehung die Regelmässigkeit geringer; auch waren die Differenzen in der Respirationsfrequenz vor und nach den Bädern nicht sehr scharf ausgeprägt. Ich muss hierbei bemerken, dass die Respirationsfrequenz oft einige Zeit nach dem Bade gemessen wurde, da die Athmung gleich nach dem Verlassen des Bades so unregelmässig unterbrochen und oberflächlich war, dass es unmöglich war, über die Frequenz derselben zu urtheilen. Die stärkste Verlangsamung der Respirationsfrequenz betrug 10—14 in der Minute (bei 12 Bädern), die mittlere 5—9 (bei 33 Bädern) und die geringste 1—5 (bei 55 Bädern). Bei 14 Bädern blieb die Respirationsfrequenz sich gleich; nur in sehr seltenen Fällen nahm sie um 1—5 in der Minute zu. Um die Schwankungen der Temperatur, des Pulses und der Respiration vor und nach den Bädern übersichtlicher zu zeigen und ihre Wechselbeziehungen zu sehen, fügen wir zwei Originalcurven bei, auf denen mit continuirlichen Linien die Temperatur, mit Puncten der Puls, und mit kurzen Linien die Respiration bezeichnet ist.

(Curven siehe Seite 60).





Zum Schlusse erlaube ich mir noch einige Bemerkungen über die Bedingungen, welche meiner Ueberzeugung nach die Hauptsorge bilden müssen bei der Behandlung mit langdauernden lauwarmen Bädern. Die Lagerung des Kranken in der Wanne muss eine möglichst bequeme sein: alle Muskelanspannungen sind zu beseitigen, damit der Kranke sich in der Wanne ebenso behaglich fühlt wie im Bette. Für Hospitalsverhältnisse kann man rathen, anstatt des von uns benutzten Lakens eine Gummimatratze anzuwenden, gefüllt mit Wasser von derselben Temperatur, welche auch in der Wanne sein soll. Solche Matratzen, mit einem Laken bedeckt, bilden ein bequemes Lager für den Kranken. Nicht weniger wichtig ist auch die Sorge für die Beseitigung aller derjenigen Bedingungen, die locale Stasen hervorrufen können, welche den Kranken unangenehme Empfindungen verursachen; sobald derartige Stasen nicht rechtzeitig beseitigt sind, verlangen die Kranken vorzeitig ihre Entlassung aus dem Bade. Oft genügt es, die Lage des Kranken etwas zu verändern, damit er ohne zu klagen die nöthige Zeit in der Wanne verbringen kann. Indem wir die subjectiven Empfindungen des Kranken schonen und ihn zum geduldigen Ertragen eines lange dauernden Aufenthaltes im Wasser anhalten, erhöhen wir zugleich mit den übrigen angegebenen Maassregeln den nützlichen Effekt der andauernden lauen Bäder.

In Anbetracht der glänzenden Resultate, der Bequemlichkeit für die Patienten und der geringeren Beschwerlichkeit für das Wartepersonal glauben wir, dass — wenigstens in Hospitälern, die genügend mit Wannen versehen sind, — langdauernde lauwarme Bäder in beträchtlichem Grade die üblichen kalten Bäder verdrängen müssen.

Referate.

Edwin Johanson: Zur Bacterienfrage. (Pharmaceut. Zeitschrift für Russland. 1880. № 24.)

Anknüpfend an ein Referat der La Croix'schen Arbeit über «das Verhalten der Bacterien des Fleischwassers gegen einige Antiseptica» in № 44 des vorigen Jahrganges dieser Wochenschr., in welchem es heisst, dass «die Zahlen, die bisher durch das Einwirken von Antisepticis auf meist aus Pflanzenaufgüssen stammende, in Buchholz'scher Nährflüssigkeit gezüchtete Bacterien gewonnen waren, keine Berechtigung beanspruchen könnten, auf die Praxis übertragen zu werden», macht J. zunächst darauf aufmerksam, dass die Bacterien je nach ihrem Alter und Mutterboden sowie je nach der Nährflüssigkeit, in welche sie zur Fortpflanzung übertragen werden, sich gegen die Antiseptica verschieden verhalten, und dass daher dieselben Antiseptica je nach den Bacterien, gegen die sie angewandt werden, einen verschiedenen Desinfectionswerth besitzen können. Er spricht sich desshalb gegen die in dem citirten Referat implicite enthaltene Einschränkung aus, als wenn die bisherigen Arbeiten, die sich mit der Einwirkung der Antiseptica auf Bacterien beschäftigen, die aus Pflanzenaufgüssen stammen, für die medicinische Praxis keinen Werth hätten. J. betont, dass der Desinfectionswerth der verschiedenen Antiseptica, auf den es in der Praxis doch wohl ankommt, wegen der verschiedenen Widerstandsfähigkeit verschiedener Bacterienspecies gegen dieselben, nicht an einer einzigen Bacterienart, sondern gerade an möglichst vielen verschiedenen Bacterienarten in möglichst verschiedenen Nährflüssigkeiten geprüft werden muss. Nur so kann man über die Wirksamkeit eines Antisepticums zu einem einigermaassen sicheren Urtheil gelangen.

D—o.

Drozda: Studien über das Wesen der Narcose. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1880. Bd. 27. Heft 3 und 4. S. 339 ff.)

30 genau beobachtete Fälle von Methylbichloridnarcose bilden die practische Grundlage der vorliegenden Arbeit. Durchschnittlich wurde gegen eine halbe Unze Methylbichlorid (CH_2Cl_2) verbraucht

und dauerte die Narcose 28 Minuten. Kinder und anaemische, schlecht ernährte Individuen brauchten weniger als rüstige, kräftig gebaute Erwachsene; ältere Individuen mit gesunden Gefässen wurden leichter narcotisirt als mit Arteriosclerose behaftete. Nach vorübergehender, meist leichter Excitation (in 60% der Fälle) bei mittelweiter Pupille, leicht gesteigertem Blutdrucke und etwas erhöhter Puls- und Respirationsfrequenz erfolgte allmählich ein Sinken der Puls- und Respirationsfrequenz, starke Pupillenverengerung, Blässe der Haut und vollkommene Anaesthesie; dabei in 50% der Fälle Erbrechen oder Brechreiz; bei einem Knaben mit offenen Fontanellen vertieften sich letztere deutlich. Setzte man nun nach Eintritt der Narcose die Inhalationen noch ununterbrochen fort, so wurden meist plötzlich die Pupillen sehr weit, der Puls sehr frequent und klein, die Respiration oberflächlich und frequent; nach einer Unterbrechung von einigen Minuten verschwanden diese Erscheinungen und konnten die Inhalationen fortgesetzt werden. Zur Erklärung des Wesens der Narcose zieht der Verf. die Analogie zwischen Narcose und acuter Hirnanaemie heran und kommt nach genauer Besprechung der einzelnen Erscheinungen zu dem Schlusse, dass die Narcose auf einer durch die Inhalationen von Narcotica hervorgebrachten Anaemie der Nervencentra beruhe, welche bei unvorsichtigem Narcotisiren selbst zur Lähmung der medulla oblongata führen könne. Daher sollte man immer die Inhalationen von Zeit zu Zeit unterbrechen, um grosse Gefahren zu vermeiden. Die plötzlichen Todesfälle beim Beginne der Inhalationen beruhen nach Dr. darauf, dass in einigen Fällen nicht im Centralnervensysteme sondern auch im Herzmuskel ein starker Gefässkrampf sich bilde.

Br.

V. P. Gibney: Perinephritis. (Separatabdruck aus dem Chicago Medical Journal and Examiner, Juni 1880.)

Verf. beschreibt 15 Fälle von Perinephritis bei Kindern, welche mit den schon früher in anderen Journalen veröffentlichten eine Reihe von 28 ausmachen, und fügt dann in aller Kürze die Resultate seiner Beobachtungen hinzu.

Es würde zu weit führen auf die einzelnen Krankengeschichten einzugehen. Hervorzuheben wäre, dass sich dieselben durch Genauigkeit und besonders durch lange Beobachtungsdauer auszeichnen, was von grosser Wichtigkeit erscheint, als erst hierdurch andere in Frage kommenden Leiden vollständig ausgeschlossen sind. Es will indess Ref. erscheinen, als ob der Begriff Perinephritis etwas weit gefasst wird, indem es sich in einigen Fällen um entzündliche Processe in den Nachbarorganen handeln könnte, welche allerdings intra vitam kaum zu differenziren sein dürften.

Von besonderem Interesse sind die Fälle, in welchen die richtige Diagnose erst gestellt wurde, nachdem sie vorher auf Scoliosis, resp. Spondylitis oder Coxitis gelautet hatte, denn in der That sind die Symptome in bestimmten Stadien der Krankheit solche, dass bei einmaliger Untersuchung selbst der Geübtere irre geführt werden kann. Auffallend häufig ist Verf. Verwechselung mit Coxitis vorgekommen. Davor zu warnen, scheint auch mit ein Hauptzweck bei Veröffentlichung der Krankengeschichten zu sein und Verf. verspricht am Schluss seiner Arbeit von Zeit zu Zeit Fälle zu publiciren, in welchen Coxitis diagnosticirt worden, es sich aber um Perinephritis, Perityphilitis, Periarthritis, primäre traumatische Periostitis, Neurosen, Rheumatismus oder acute seröse Synovitis (!) gehandelt hätte, da er zur Ueberzeugung gelangt sei, dass von allen Fällen vollständig geheilter Coxitis (i. e. ohne Deformität oder nachbleibendes Hinken) in mehr als 90% die eine oder die andere der vorerwähnten Erkrankungen vorgelegen haben. Leider geht Verf. auf die Differentialdiagnose nicht ein, sondern schildert nur das Bild der Perinephritis kurz, wie folgt: Sie beginnt gewöhnlich mit Frösteln, schwächerem oder stärkerem Fieber, je nach der Acuität der Erkrankung, mit Verlust des Appetits, allgemeinem Unwohlsein und lancinirenden Schmerzen in der Lumbargegend, kurz, wie jede andere entzündliche Erkrankung mit Ausnahme der Localisation des Schmerzes, die indess bei kleineren Kindern nicht zu eruiren ist. Meist ist Constipation vorhanden. Schon früh tritt anormale Unbeweglichkeit der Wirbelsäule ein, jedoch erst nach 8 bis 10 Tagen Contractur des m. Psoas und damit die characteristische Veränderung des Ganges. Dazu tritt eine Schwellung und heftiger Schmerz in der Lumbargegend. Ist die Schwellung durch ein mehr seröses Exsudat bedingt, so tritt Resorption ein, ist es eitrig, so bildet sich, falls nicht früher incidirt wird, ein Congestionsabscess.

Im Durchschnitt verlaufen die Fälle in 3—3½ Monaten, indem 26 Fälle zwischen 1 und 6 Monaten andauerten, die 2 anderen 1, resp. 2½ Jahre bis zur vollständigen Heilung brauchten. In 16 Fällen trat Eiterung, in 12 Resorption ein. Beide Geschlechter waren gleich häufig erkrankt und auch gleich häufig erkrankte die rechte und die linke Seite. Das Alter der Kinder war 1—15 Jahre. Die Behandlung bestand in ruhiger Lagerung, Blasenpflastern, heisser Douche, Formentationen, und bei Eiterung in früher Eröffnung. Geheilt wurden alle, nur bei dem Falle, der sich 2½ Jahre hinzog, blieb dauerndes Hinken zurück, was Verf. auf eine Schwäche der Glutäus-Muskeln bezieht, da dieselben durch die Eiterung theilweise zerstört waren.

Als Anhang giebt Verf. ein Verzeichniss der Arbeiten über Perinephritis, in welcher ausser der englischen, auch die französische und deutsche Literatur berücksichtigt ist.

Sk.

Mitchell: Electrolytische Behandlung der Acne rosacea. (Cincinnati Lancet and Clinic, 1880, Nov. 13.)

Beide Pole einer Batterie von 20 Elementen (Siemens) werden mit metallischen Nadelelectroden fest armirt und die Nadeln in verschiedene Stellen der erweiterten Gefässe der Acne rosacea eingeführt; am negativen Pol ist das Geräusch der bei der Galvanisation sich entwickelnden Gaze hörbar. Die Nadeln dürfen nicht länger als eine halbe Minute liegen bleiben und werden dann an einer anderen Stelle eingestochen, die Sitzung darf nicht länger als 5 Minuten dauern und kann nach 4—5 Tagen wiederholt werden. In den 7 Fällen, welche Verf. anführt, von welchen 3 ihm und 4 Dr. Reancy angehören, war vollständige Heilung in 6, eine Besserung in 1 Falle eingetreten; letzterer recidivirte später in Folge von Excessen in Baccho. Die Zahl der Applicationen schwankte zwischen 8—12 und wurde zuweilen nur die Kathode mit der Nadel armirt, während die Anode eine gewöhnliche Schwammelectrode trug.

Hz.

Prof. Czerny: Zur Darmresection. (Berl. kl. W. № 45.)

Cz. theilt die 3 Fälle von Darmresection mit, welche er ausgeführt. Zweimal wurde eine gangränose Darmschlinge bei incarcerirter Hernie resecirt, bei der 3. Patientin wurde eine maligne Geschwulst des Colon entfernt. Im 1. Falle war der Verlauf absolut fieber- und reactionslos, Pat. genas vollkommen, im 2. erfolgte der Tod der bereits vorher pulslosen Patientin während der Operation in einem Anfall von Kothbrechen.

Am merkwürdigsten ist der 3. Fall: 47-jährige Frau mit Tumor in der Bauchhöhle, welcher als Darmkrebs diagnosticirt wurde, Erbrechen, Durchfälle. Bei der Operation fand sich eine grosse Geschwulst des Colon transversum, welches letztere mit einem nach oben gerichteten Knie der Flexura sigmoidea fest verwachsen war. Es wurde nun zuerst ein Stück der Flexur resecirt, die Darmenden durch 33 Nähte geschlossen, dann ein grosses Stück aus dem Colon entfernt und an letzteres 26 Nähte angelegt, endlich noch ein Keil des Mesocolon herausgenommen, was ebenfalls Ligaturen nöthig machte; schliesslich durch tiefe (4) und oberflächliche (8) Nähte die Bauchwunde geschlossen (Drain). Heilung. Wegen infiltrirter Mesenterialdrüsen Recidiv unvermeidlich, doch war Pat. ½ Jahr nach der Operation noch am Leben.

Cz. verfährt folgendermaassen: nachdem das Darmrohr ober- und unterhalb entweder durch elastische Ligaturen mässig fest abgeschnürt oder durch Assistenten comprimirt ist, wird das kranke Darmstück mit dem zugehörigen Mesenterialkeil ausgeschnitten, dann die Enden desinficirt und die 2-reihige Darmnaht angelegt. Man sticht mit feiner Nadel 2—3 Mm. vom Rande in der Serosa ein und dicht an der Schleimhaut heraus, am anderen Wundrand sticht man dicht an der Mucosa ein und in der Serosa aus. Solche Nähte in 3—4 Mm. Entfernung umkreisen den Darm und schliessen die Schnittränder sowie einen Streifen Serosa aufeinander. Ueber diese 1 Reihe, dieselbe z. Th. mitfassend, wird eine 2. Reihe von Serosa-Nähten (Lembert'sche Naht) in ca. 5 Mm. Entfernung von einander angelegt. Cz. benutzt carbolisirte Seide. Den so genähten Darm kann man getrost versenken. Zum Schluss Listerverband.

—o—

H. Stilling (Strassburg): Ueber primären Krebs der Bronchien und des Lungenparenchyms. (Virch. Arch. 83. Bd. S. 77).

Die Analyse von 4 Fällen primären Lungenkrebses zwingt S. zu dem Schlusse, dass diese Neubildung stets von den Bronchien und zwar von dem Bindegewebe derselben, nicht von ihrem Epithel oder von ihren Schleimdrüsen oder Lymphgefässen den Ausgang nimmt.

Es sind weiter vorzüglich 2 Systeme von Canälen, in welchen die einmal gebildeten Tumormassen fortwachsen — die Bronchien und die Lymphgefässe. In den Bronchien pflegen sie dabei, nachdem die Wand derselben nach innen durchbrochen ist, innige Verbindungen mit dem Epithel, den Drüsen u. s. w. nicht einzugehen, diese vielmehr nur im Sinne broncho pneumonischer Processe zu verändern. Von den Bronchien schieben sich dann Krebsglieder in die Alveolen, welch' letztere nach S. niemals den primären Ausgangspunkt der Erkrankung vorstellen. Befällt dieselbe auch eine Arterienwand, so bleibt ihr weiteres Fortschreiten lediglich auf die Intima des Gefässes unter relativ langer Integrität des Endothels beschränkt. Die Thatsache, dass diese innere Haut ein an Lymphbahnen sehr reiches Gebilde ist, möchte diese Art und Dissemination erklären. Der krebsigen Infiltration der Nervenscheiden geht deren Durchsetzung mit kleinzelligen Elementen voraus.

Au.

Russische medicinische Literatur.

№ 28. **Wojenno-Medicinski Journal.** November-Heft 1880.

Inhalt: a. N. Schmidt: Materialien zur pathologischen Anatomie der Sehnenscheiden (Schluss).

b) P. Nowizki: Ueber die ableitende Wirkung der örtlichen Hautreize. (Schluss).

c) A. Schmidt: Bemerkenswerthe Fälle aus der gynäkologischen Praxis.

d) M. Ssudakow: Ueber das Verhältniss des Geschwürsprocesses in den Lungen zu den tuberculösen Geschwüren des Darms.

e) Weljaminow: Geschichte, Statistik und Endresultate der Gelenkresectionen.
f) V. Podwyssotzki: Pharmakologische und chemische Untersuchung des Podophyllin. (Schluss).
g) W. Kusmin: Bericht aus der chirurgischen Klinik des Prof. Sklifassowski. (Forts.)
h) M. Reich: Oculistischer Bericht über den Kaukasischen Militärbezirk für das Jahr 1879.
i) D. Welitschkowski: Bericht über die Thätigkeit des temp. Mil.-Hospitals № 56 während des türkischen Krieges 1877/78.

№ 29. **Wratsch.** № 6.
Inhalt: a. N. Iljinski: Ueber den Hospital-Quas.
b) I. Platonow: Trunksucht und Defect des Uterus. (Aus der psychiatrischen Abtheilung des Prof. Kowalewski in Charkow).
c) Goldwug: Die Diphtheritis in Koselez.
d) I. Wladykin: Die Impfungsverhältnisse im Zimljanskschen ärztlichen Bezirk (im Gebiet der Donischen Kosaken).

№ 30. **Medizinskoje Obosrenje.** Januar-Heft 1881.
Inhalt: a. I. Botkin: Ein Fall von hallucinatorischem Irrsinn im Zusammenhange mit Syphilis des Gehirns.
b) Bogomolez: Die Recurrensepidemie in Kostroma 1879/80.
c) I. Bassanowiz: Ein Fall von Febris intermittens pleuritica mit einer Temperatur von 46° C.
d) A. Solowjew: Ein Fall von centralem Riss der hinteren Lippe der Vaginalportion des Uterus.
e) Lwow: Fibromyoma polyposa labii anterioris colli uteri.
f) Golowatschew: Pepsin als Heilmittel.
g) Prof. Nawrozki: Ueber die Schweissnerven des Kopfes.

№ 31. **Klinitscheskaja Gaseta** № 6.
Inhalt: a. W. Schnaubert: Eie Fall von Aneurysma varicosum aortae ascendentis et venae cavae superioris. Thrombosis venae cavae superioris.
b) P. Tarnowskaja: Ein Fall von Dysthymia neuralgica. (Schluss).
c) N. Snjeshkow: Fremdkörper im oberen Theile der Luftwege bei einem Kind.
d) N. Kruglewski: Ueber Eiter und Eiterungsprocess. (Klinische Vorlesung).

№ 32. **Wratschebnija Wedomosti.** № 5.
Inhalt: a. S. Issajew: Ueber die physiologische Wirkung des Convallamarin u. s. w. (Schluss).
b) P. Uspenski: Ueber Neurosen. (Forts.)
c) P. Kowalewski: Verbrechen eines Idioten. (Forts.)
d) W. Wassiljew: Verwundung der Arteria palatina anterior bei Entfernung eines cariösen Zahnes.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— The Boston Medical and Surgical Journal. № 27. 1880.
— Cronica medico-quirurgica de la Habana. № 12.
— Paris médical. № 4 u. 5.
— La Escuela de Medicina. № 11 u. 12. Mexico 1880.
— Gegen Gicht und harnsaure Diathese. Bad Assmannshausen. — IV. Saisonbericht von Dr. H. Mahr. K. Schwab. Wiesbaden. 1881.
— Medicinisch-Chirurgisches Centralblatt. № 4.
— El Medico y Cirujano Centro-Americano. № 12.
— Hernia, strangulated and reducible. Bg. J. H. Warren. With illustrations. Boston and London. 1881.
— Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde. Herausgegeb. von Prof. Eulenburg. Lief. 39—50.

Entgegnung
auf den Artikel
„Eine hypnotische Sitzung in St. Petersburg."

In der № 5 vom 31. Januar d. J. der «St. Petersburger medicin. Wochenschrift» finden wir einen Bericht über die am 17. v. M. anlässlich des Hypnotismus bei Dr. Krajewski stattgefundene Sitzung St. Petersburger Aerzte.

Berichterstatter erzählt zuerst recht weitläufig über die von Dr. Lichonin vorgenommenen Experimente — von der Genauigkeit und Wahrheitstreue, mit welcher über dieselben referirt wird, sehen wir hier ab — und geht sodann zu dem von uns, Unterzeichneten, demonstrirten Versuch über.

Es sei uns gestattet zu diesem letzteren Theile des Berichtes einige Bemerkungen zu machen.

Aus einer ganzen Reihe von Versuchen, mit welchen wir fast sämmtliche hervorragende Erscheinungen des sog. «Hypnotismus» (Braidismus, Berger's experimentelle Katalepsie etc.) demonstrirten, greift Berichterstatter nur einen einzigen heraus und giebt ihm den Charakter einer Theatervorstellung, die «mehr auf ein schaulustiges Laienpublicum, als auf ernste Mediciner berechnet schien».

Sodann schreibt er uns, ganz unbegreiflicher Weise, die Annahme einer von uns Experimentatoren ausgehenden, geheimnissvollen (magnetischen) Kraft zu, «die *nicht* auf dem natürlichen Eintrittswege eines der bekannten fünf Sinne zu den nervösen Centralorganen des Hypnotisirten gelange, aber dennoch eine gewisse Beeinflussung desselben durch den Experimentator gestatte»; und schiebt uns die «offenbare» und «etwas starke» Absicht unter, die anwesende ärztliche Gesellschaft an die Existenz einer solchen Kraft glauben zu machen.

Endlich kommt Berichterstatter zu dem Schlusse, dass unsere Experimente «Ein Gutes» gehabt hätten: sie hätten nämlich gezeigt, wie leicht auf dem Gebiete des Hypnotismus die Grenze der wissenschaftlichen Beobachtung überschritten werden könne, hinter der sich dem Aberglauben und dem Schwindel ein unbegrenztes Feld eröffne. — Sonach hätten wir, laut Bericht, die Grenze der wissenschaftlichen Beobachtung überschritten und uns in den Bereich des Aberglaubens und des Schwindels begeben.

Allem Vorhergesagten gegenüber können wir nicht umhin, den richtigen Thatbestand alles Dessen, was von uns in dieser Sitzung demonstrirt und erklärt wurde, zu reconstruiren. Wir demonstrirten die ganze Reihe folgender Erscheinungen: die Analgesie; die Flexibilitas cerea und die durch diesen Zustand bedingten eigenthümlichen Muskelbewegungen (welche der Berichterstatter als «graciös» zu bezeichnen beliebt); die Erscheinungen der erhöhten mechanischen Nerven- und Muskelreizbarkeit; die Gesammtheit der Erscheinungen der Befehls-, Nachahmungs- und Sprachautomatie, bei welcher letzteren durch einfaches Handauflegen auf die linke Frontoparietalgegend eine Erschwerung der Sprache bis fast zur vollständigen Sistirung derselben, erzielt wurde; es wurde von uns auf die für die Erklärung der Hypnose so wichtigen Athmungserscheinungen hingewiesen, wobei Einer von den Unterzeichneten auf die Analogie mit ähnlichen Athmungserscheinungen in einem Falle hallucinatorischer Verrücktheit, welche mit der Hypnose auch noch die Zwangsbewegungen gemein hat, aufmerksam machte, etc. — Doch von allem diesem ist in dem Bericht Nichts gesagt.

Gehen wir nun zu dem vom Berichterstatter angeführten Versuch über, der, seinem Wesen nach, die Betheiligung von zweien Experimentatoren verlangte. Ausgeführt wurde er von uns auf folgende Weise:

Das hypnotisirte Frl. B., mit geschlossenen Augen (in Folge der Hypnose) und mit Erscheinungen der Flexibilitas cerea, wurde von uns in die Mitte des Zimmers geführt. Darauf entfernten wir uns von ihr so geräuschlos als möglich — sonst wäre sie uns automatisch nachgegangen, — und stellten uns, ungefähr 6—7 Fuss von ihr entfernt, der eine vor, der andere hinter sie hin. Bei den nun von uns *alternativ* ausgeführten winkenden Armbewegungen, bewegte sich Frl. B. in der Richtung des activen Experimentators. Machten wir dagegen *gleichzeitige* Armbewegungen, und zwar von ungefähr gleicher Kraftanstrengung und in annähernd gleicher Entfernung von der jungen Dame, so blieb sie entweder auf einer Stelle, oder machte ein Paar Schritte vorwärts und rückwärts. Bei nun folgenden gleichzeitigen, jedoch mit ungleicher Kraftanstrengung auf ungleicher Entfernung ausgeführten Bewegungen, ging sie in der Richtung desjenigen von uns, der bei den Armbewegungen grössere Kraftanstrengung anwandte und sich in geringerer Entfernung von ihr befand.

Dieser Versuch zerfällt also in zwei Theile: 1) alternative Betheiligung der Experimentatoren, 2) gleichzeitige Betheiligung derselben, und die aus ihm sich ergebenden Thatsachen finden ihre wahrscheinliche Erklärung in Folgendem: bei manchen Hypnotikern, darunter auch bei Frl. B., beobachtet man eine *erhöhte* Reizbarkeit und Erregbarkeit der Sinne, wenigstens des Gehörs, und einiger Eigenschaften der Hautsensibilität oder, in die Sprache der Psychophysik übersetzt, eine Herabsetzung der Reizschwelle (Fechner). In Folge dessen wirkt selbst das geringe Geräusch, welches doch offenbar bei den Armbewegungen der Experimentatoren entstehen muss, als Reiz (höchst wahrscheinlich nicht der einzige, darüber siehe w. u.), der eine Gehörempfindung hervorruft, welche ihrerseits automatische Bewegungen — theils der Nachahmung —, theils der Befehlsautomatie ähnlich — verursacht. Hierin liegt die Erklärung des ersten Theils unseres Versuches. Was den anderen Theil desselben, nämlich die gleichzeitige Betheiligung beider Experimentatoren anbetrifft, so basirt er auf der *Interferenz* zweier Empfindungen, die durch gleichzeitige und gleichartige Reize hervorgerufen werden.

Von hier aber bis zur Annahme einer geheimnissvollen, von uns Experimentatoren ausgehenden Kraft, ist es noch himmelweit. Es ist daher ganz unbegreiflich, wie Berichterstatter uns Ideen und Absichten zuschreiben konnte, die den von uns in dieser Sitzung ausgesprochenen *diametral* zuwiderlaufen. Denn von Einem von uns wurde kategorisch darauf hingewiesen, dass wir, von der Wahrscheinlichkeit der Herabsetzung der Reizschwelle bei Hypnotikern ausgehend, hauptsächlich die Gehörsempfindungen für *den* Reiz halten, der die automatischen Bewegungen unseres Objects verursache; dass wir ausserdem aber, auf dem psychophysiologischen Satze basirend — das Bewusstsein von Raumverhältnissen entspringe aus dem Zusammenwirken mehrerer Empfindungen (Wundt) — auch die Möglichkeit der gleichzeitigen Betheiligung anderer Reize, als der Gehörsempfindungen, zulassen; es könnten ja, möglicher

Weise, im gegebenen Falle, auch Hautempfindungen, z. B. Wärmeempfindung (vgl. Berger), oder die Empfindung der Bewegung per se im Spiele gewesen sein. (Versuche des bekannten Wiener Physiologen und Psychophysikers Sig. Exner; (siehe «Sitzungsberichte der Wiener Akademie, math.-naturwiss. Cl. Bd. LXII. Abth. 3. J. 1875, p. 162 u. ff.) Die Annahme aber einer von den Experimentatoren ausgehenden geheimnissvollen Kraft wurde von uns *kategorisch* und *wiederholt* ausgeschlossen. Dass wir in der That *diese* und keine andere Erklärung unseres Versuches gaben, dafür berufen wir uns auf die Aerzte, die während der ganzen Sitzung anwesend waren, und auf das stenographische Protocoll, welches im Wesentlichen den Thatbestand richtig wiedergiebt und sich bei Dr. Krajewsky befindet.

Hiermit fällt die Beschuldigung, dass wir unsere Collegen an die Existenz einer geheimnissvollen Kraft glauben machen wollten, in sich zusammen.

Was das «ironische Lächeln» anbetrifft, mit welchem, nach den Worten des Berichts, das anwesende ärztliche Publicum uns für unsere Experimente beschenkt haben soll, so dürfte dieser Umstand, falls er richtig ist, Niemand, der einigermaassen mit der Geschichte der Wissenschaft bekannt ist, Wunder nehmen. Nicht nur ironisches Lächeln, sondern vollkommenes Ignoriren, Anklagen auf Schwindel, Lüge und Betrug, ja selbst Verfolgung, waren oft der unverdiente Lohn derjenigen, die ernstlich nach Erweiterung des Wissensbereichs strebten. Selbst die neueste Wissenschaftsgeschichte, besonders die Geschichte der Medicin, bietet solcher Beispiele genug dar. Es sei hier nur an den Fall des berühmten Neuropathologen Prof. Charcot erinnert, der durch seine die experimentelle Katalepsie und Lethargie bei Hysteroepileptischen betreffenden Versuche das Misstrauen seiner englischen und deutschen Collegen erregte und in einer Zeitschrift als Magnetiseur und Schwindler verschrien wurde.

Den ganzen Bericht, mit allen seinen Anklagen, hätten wir ebensowohl *vollständig ignoriren* können; da er aber nur ein einzelnes Beispiel, eine Illustration des *allgemeineren* Verhaltens zu einigen wissenschaftlichen Fragen und deren Pflegern darbietet, so konnten wir nicht umhin — obschon unsere Namen nicht genannt waren —, ihm eine Erwiderung entgegengehalten.

Nishegorodzew.
Stange.

Tagesereignisse.

— Zum *Oberarzt des Stadthospitals in Odessa* ist von dem dortigen Stadtamt der Oberarzt des hiesigen Roshdestwenskischen Barackenhospitals, Dr. I. Berthenson, gewählt worden. Von den übrigen Concurrenten sind, wie der «Wratsch» erfährt, die DDr. I. Hübner und Engelhardt nicht zum Ballotement gekommen, weil sie besondere Bedingungen gestellt hatten, Dr. Stroganow aber, welcher früher zu diesem Posten vorgeschlagen war, soll jetzt gar nicht in der Zahl der Bewerber gewesen sein.

— In Ostaschkow ist der dortige Landschaftsarzt Dr. I. Demin gestorben.

— Der Professor der gerichtlichen Medicin an der Warschauer Universität, Dr. Kotelewski, hat seinen Abschied genommen.

— Zum Nachfolger Dumreicher's auf dem zweiten Lehrstuhle für Chirurgie in Wien ist Prof. Albert in Innsbruck berufen worden, für den die Minorität des Wiener medicinischen Professorencollegiums gestimmt hatte, während die Majorität für Professor Czerny war.

— An Kehrer's Stelle ist Prof. extraord. Ahlfeld in Leipzig zum Professor der Geburtshülfe in Giessen berufen worden.

— In Berlin ist von Prof. Leyden eine neue medicinische Gesellschaft unter dem Namen «*Verein für innere Medicin*» gegründet worden. In der ersten Versammlung, an welcher ca. 90 Aerzte theilnahmen, wurden die Proff. Frerichs, Leyden und Fräntzel zu Vorsitzenden, die Docenten Litten und Ewald zu Schriftführern gewählt, und eine Commission behufs Ausarbeitung der Statuten niedergesetzt.

Miscellen.

— Wie der «Moskowski Telegraph» meldet, hat der bekannte Kapitalist Ljamin den Prof. Charcot für ein Honorar von 12,000 Rubel zur Consultation bei seiner kranken Tochter nach Moskau berufen.

— Aus dem *Bericht des hiesigen Roshdestwenskischen Barakkenhospitals für das Jahr 1879* geht hervor, dass in demselben während des Berichtsjahres 1464 Kranke behandelt worden sind, von denen 1298 genasen und 166 starben. Die Mortalität betrug im Allgemeinen 10,65%. Die Mortalität in den einzelnen Baracken war folgende: In der Baracke für innere Kranke — 22,33% (fast die Hälfte der Todesfälle an Lungenschwindsucht); in der Baracke für Infectionskrankheiten — 7,45% (der Procentsatz für Typhen betrug 7,32); in der Barcke für Frauen — 10,91% (an acuten Krankheiten 5,15%, an chronischen — 22,132); in der chirurgischen — 6,04% (die Zahl der grösseren Operationen betrug 15); in der gynäkologischen Baracke — 9,09%. Von grösseren Operationen an Frauen wurden 1 wegen einer Vesico-Vaginalfistel, 1 Ovariotomie u. a. mit günstigem Erfolge ausgeführt. — Der tägliche Unterhalt und die Behandlung eines Kranken kostete 23 Kop., die Ausgaben für das Gebäude des Hospitals betrugen 2,974 Rbl. und für die Gagen der Dienenden 8,533 R. Die Gesammtausgabe für das Hospital belief sich auf 17,000 R. (W. Wed.)

— In unserem in der vorigen Nr. enthaltenen Bericht über die von Prof. Billroth ausgeführte Magenresection haben wir mitgetheilt, dass vor Billroth nur Péan in Paris diese Operation am lebenden Menschen unternommen hat. Wie sich aber jetzt herausstellt, hat auch Dr. Rydygier in Kulm a. W. im November a. pr. die Exstirpation eines carcinomatösen Pylorus ausgeführt. Leider ist sein Bericht in der deutschen Zeitschrift für Chirurgie erst nach der Billroth'schen Operation zur Veröffentlichung gelangt. Es handelte sich um einen c. 65 Jahre alten Mann, bei dem sich seit c. 2 Jahren ein Carcinom des Magens entwickelt hatte und in den letzten Wochen starke Schmerzen und Erbrechen die Kräfte zu consumiren drohten. Die Operation wurde bei einer Zimmertemperatur von 20° R. vorgenommen und der Schnitt durch die Bauchdecken in der Linea alba vom Processus xiphoid. bis zum Nabel geführt. Nach Entfernung des Tumors, wobei ziemlich bedeutende Blutungen vorkamen, wurde die Vereinigung der Schnittränder des Duodenums mit denen des Magens vermittelst der Czerny'schen Naht bewerkstelligt, jedoch statt Seide nur Catgut verwandt. Im Ganzen wurden etwa 60 Nähte angelegt. Zum Schluss Naht der Bauchwunde mit Catgut, Listerverband. Bei der Operation, die c. 4 Stunden dauerte, war Pat. mehrmals collabirt und wurde daher 2 Mal Campher subcutan injicirt; ½ Stunde nach der Operation, war Pat. bei voller Besinnung und hatte nur Schmerzen an der Operationsstelle. Bald nach der Operation bekam Pat. 10 gtt. Tinct. opii mit etwas Wein, ausserdem Peptonklystiere mit einigen Tropfen Opiumtinctur. Temp. 35,8—36,7. In der Nacht traten jedoch Schmerzen in der Brust auf, es folgte Collaps und 12 Stunden nach der Operation der Tod. Die Section ergab, dass alles Krebsige entfernt, das Peritonäum nicht entzündet und auch kein Exsudat in der Bauchhöhle war. Der Tod war an Erschöpfung eingetreten. Die Nähte erwiesen sich als vollkommen festhaltend. Bf.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 8. Februar 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	951	351	1302
Alexander- «	760	167	927
Kalinkin- «	—	537	537
Peter-Paul- «	396	173	569
St. Marien-Magdalenen-Hospital	166	73	239
Marien-Hospital	288	483	771
Ausserstädtisches Hospital	393	137	530
Roshdestwensky-Hospital	47	32	79
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	347	163	510
3 zeitw. Hospitäler	486	103	589
Ausschlags-Hospital	8	7	15
Summa der Civilhospitäler	3850	2218	6068
Nikolai-Kinder-Hospital	51	55	106
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	75	93	168
Elisabeth-Kinder-Hospital	25	41	66
Summa der Kinderhospitäler	151	189	340
Nicolai-Militär-Hospital	686	19	705
Ssemenow'sches Militär-Hospital	338	—	338
Kalinkin-Marine-Hospital	301	—	301
Gesammt-Summa	5326	2426	7752

Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	1197	349	1546
Scarlatina	23	27	50
Variola	8	5	13
Venerische Krankheiten	857	535	1392

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 1. bis 8. Februar 1881 besucht von 2323 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1134.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs

für die Woche vom 25. bis 31. Januar 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 706 (Todtgeborene 28). Durchschnittliche Sterblichkeit der Woche, für das ganze Jahr berechnet, beträgt 54,81 pro Mille der Einwohnerzahl, ohne Zugereiste aber 54,03.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	Im Ganzen: W.	Im Ganzen: Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50 - 59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
397	309	706	125	45	90	17	11	26	99	76	72	58	44	27	11	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 20, Typh. abd. 31, Febris recurrens 16, Typhus ohne Bestimmung der Form 13, Pocken 1, Masern 1, Scharlach 10, Diphtheritis 12, Croup 4, Keuchhusten 6, Puerperalkrankheiten 11, Dysenterie 1.

— Gehirnapoplexie 8, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 24, acute Entzündung der Athmungsorgane 121, Lungenschwindsucht 119, Gastro-intestinal-Krankheiten 83, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 39, Marasmus senilis 22, Pyämie und Septicämie 4. — Tod durch Zufall 3, Selbstmord 1.
— Andere Ursachen 156.

Nächste Sitzung des allgem. Vereins St. Petersburger Aerzte, Dienstag den 24. Februar 1881.

Nächste Sitzung d. deutschen ärztlichen Vereins, Montag den 16. Februar 1881.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 13 Февраля 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh. Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

ST. PETERSBURGER

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg,
Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 8. St. Petersburg, 21. Februar (5. März). 1881.

Ueber Schimmelvegetationen im thierischen Organismus.

Von
Dr. H. Krannhals
in Riga.

Unter obigem Titel veröffentlicht P. Grawitz im zweiten Hefte des 81. Bandes von «Virchow's Archiv» die höchstinterressanten Ergebnisse einer Reihe von experimentellen Untersuchungen, welche den Zweck verfolgten Sporen gewöhnlicher überall vorkommender Schimmelpilze innerhalb des thierischen Organismus zum Keimen zu bringen, wie das 1869 und 1870 von Grohe und seinem Schüler Block erreicht worden, seitdem aber nie wieder gelungen war. Nach vielen vergeblichen Experimenten erhielt Grawitz endlich positive Resultate, als er die zur Verwendung kommenden Schimmel einer vorherigen Umzüchtung unterwarf, und zwar nach dem Principe «die auf festen, schwachsauren Nährsubstraten bei einer Temperatur von circa 8—20° C. lebenden Pilze durch eine Reihe von Generationen an flüssige alkalische Eiweisslösungen und eine Wärme von 38—40° C. zu gewöhnen» (l. c. pg. 371). Dieses Princip wurde in der Weise practisch durchgeführt, dass Sporen beliebiger Schimmelpilze (Penicillium, Eurotium) zunächst auf angefeuchtetes Brod ausgesäet und vor Austrocknung geschützt im Wärmeschrank bei 38—40° C. angestellt wurden. Die nächste Generation erhielt einen dünnen, sauren Brodbrei, dann kamen sehr dünne, zuerst schwach saure, dann neutrale, schliesslich alkalische Peptonlösungen mit Zusatz von ca. 1 pCt. Rohrzucker in Anwendung. Sporen der auf den alkalischen Nährlösungen erzeugter Pilzrasen in die Blutbahn von Thieren gebracht, trieben in den verschiedensten Organen ihre Mycelien, als ob sie auf einem ihrer gewöhnlichen Substrate wüchsen und bedingten in kurzer Zeit den Tod des Versuchsthieres.

Ende des vorigen Jahres unternahm ich es nach den von Grawitz gefundenen Principien Schimmel zu züchten und prüfte die Malignität der Sporen an zwei Kaninchen und zwei Meerschweinchen. Da, so weit mir die Literatur zugänglich gewesen, derartige Nachuntersuchungen noch nicht mitgetheilt sind, möge über meine Experimente kurz referirt werden.

Von einer trocknen, schimmeligen Brodrinde wurden Sporen auf Brod ausgesät, welches mit Wasser zu einem dicken Brei angerührt worden war. Der Brei vor Verdunstung geschützt, bei Zimmertemperatur angestellt, zeigte sich nach wenig Tagen von einem dichten, gleichmässig graugrünen Schimmelüberzuge bedeckt, der sich bei einigen Objectträgerculturen in feuchter Kammer als aus Penicillium glaucum bestehend erwies. Die Sporen dieser zweiten Generation entwickelten auf ein Brodinfus ausgesät bei Zimmertemperatur in mehrfachen Proben nach 2—3 Tagen die schönsten fructificirenden Schimmelrasen, blieben jedoch auf Brodinfus im Wärmeapparat (bei 38—40° C.) steril. Das letztere Verhalten zeigten auch die auf flüssigem Nährboden gewachsenen Sporen. Proben mit Sporenaussaat auf dicken Brodbrei und feuchterhaltene Brodwürfel gingen bei 38—40° C. durch lebhafte Gährung ebenfalls sämmtlich zu Grunde. Positive Resultate erzielte ich und zwar in der grossen Mehrzahl der Gläser erst als die Temperatur des Wärmeapparates auf 30—35° C. herabgesetzt wurde: in 4—5 Tagen war nun die Oberfläche, sowohl der Brodstückchen, als auch des Brodbreies mit einem stetig dunkler und dichter werdenden Pelze überzogen (III. Generation). Die nächsten Generationen vertrugen nun 38—40° C. vorzüglich, ja ein vorübergehendes Steigen der Temperatur au 45° und Sinken derselben auf 30°, wie das bei meinem improvisirten Wärmeapparat leider nicht immer zu vermeiden war, hatten keinen bemerkbaren Einfluss auf die Vegetation. Als das nun zur Anwendung kommende flüssige Nährsubstrat diente mir ein Brodinfus, welches zu jeder Aussaat frisch hergestellt wurde (dasselbe war übrigens, wie Controlversuche lehrten auch nach 3—4 tägiger Aufbewahrung unter Watteverschluss gut verwendbar). Fünffach filtrirt stellte dasselbe eine vollkommen wasserklare, leicht gelb

liche Flüssigkeit von saurer Reaction dar. Mikroskopisch unter Zusatz von Anilinbraun oder Fuchsin auf Mikroorganismen untersucht, liess dieselbe in einzelnen Proben allerdings kleinste unbewegliche Körperchen erkennen — ob Mikrokokken oder nicht, wage ich bei der Unsicherheit, in der wir uns leider immer noch der Diagnose vereinzelter derartiger Gebilde gegenüber befinden, nicht zu entscheiden. — Das Infus 5 Minuten lang gekocht, noch siedend mit einem Pfropf von Salicylwatte verschlossen, wurde nach genügender Abkühlung in die, vorher durch kochenden Alkohol gereinigten und ebenso verschlossen gehaltenen, weiten Reagensgläser gefüllt. Diese (allerdings etwas primitive) Antisepsis schien mir im Hinblick auf die Bemerkung Grawitz's, dass es in den flüssigen Nährmedien sehr leicht zu Fäulniss oder Gährung komme (l. c. pg. 360.) geboten. Ich habe keine einzige meiner zahlreichen Proben durch diese Calamitäten zu Grunde gehen sehen: Die Nährlösungen blieben stets völlig klar, bis auf ein kleinstes Flöckchen am Boden des Reagensglases, welches mikroskopisch zu untersuchen ich leider versäumt habe. Ich bin geneigt diesen günstigen Verlauf der Culturen der Nährlösung zuzuschreiben, da wol kaum anzunehmen ist, dass Grawitz ohne antiseptische Cautelen manipulirt hat.

Auf das mit ca. 2 pCt. Rohrzucker versetzte Brodinfus wurden nun Sporen der III. Generation vermittelst eines angefeuchteten Glasstäbchens ausgesät. Nach 10—12 Stunden war in allen Proben der Flüssigkeitsspiegel von einer dünnen, weisslichen Mycelhaut überzogen, die nach 24 Stunden unter stetigem Dickenwachsthum eine hellgraue, nach 48 Stunden eine dunkel graugrüne aus reifen weiter übertragbaren Sporen bestehende Oberfläche zeigte. Für die nächste (V.) Generation wurde die 1 pCt. Rohrzucker enthaltende Nährlösung durch Zusatz von Natr. bicarb. bis zur schwachsauren Reaction abgestumpft. Beim Erwärmen trat ein leichter, flockiger Niederschlag ein, der durch abermalige Filtration entfernt wurde, wonach die Flüssigkeit ihre Reaction nicht änderte. Nach zweimal 24 Stunden war auch diese Generation zu weiterer Aussaat reif und erhielt nun die folgende (VI.) eine sehr schwach alkalische Nährlösung mit ca. $^1/_2$ pCt. Rohrzucker. Die VII. Generation endlich wuchs auf deutlich alkalischem Infus mit einer Spur von Zucker trefflich heran und wurden die Sporen derselben am 6. Tage nach der Aussaat in ein gut getrocknetes Reagenzgläschen abgeklopft, um, nachdem sie zwei Tage im Wärmeapparat unter Watteverschluss gestanden hatten, zur Injection benutzt zu werden.

Von der hellgrauen Emulsion in ca. 1 pCtiger warmer Kochsalzlösung (s. Grawitz), die, wie vielfache mikroskopische Präparate zeigten, frei von Mycelfäden war, wurden ohne vorheriges Coliren $1^1/_2$ gewöhnlicher Pravaz'scher Spritzen voll einem jungen Kaninchen in die Ven. jugul. injicirt. In den ersten 20 Stunden war keine Veränderung in dem Befinden des Thieres bemerkbar, dann trat unter zunehmender Mattigkeit, 32 Stunden nach der Injection, der Tod ein. Der Leichenbefund war makroskopisch ein negativer: Blutreichthum sämmtlicher Organe, in der Leber einige von Psorospermien herrührende kleine Abscesse — nichts von Hämorrhagien und jenen charakteristischen tuberkelähnlichen Knötchen wie sie die früheren Untersucher angeben. Was jedoch den mikroskopischen Befund (nach Härtung im Alkohol und Behandlung der Schnitte mit dünner Kalilauge) anbetrifft, kann ich die Angaben Grawitz's durchaus bestätigen. Die zahlreichsten mykotischen Herde fanden sich in den *Nieren:* Hier gab es kaum einen Schnitt, an dem nicht fast sämmtliche Glomeruli den Ausgangspunkt der zierlichsten Mycelentwickelung bildeten. Bald war an Stelle des Gefässknäuels ein Kranz von korallenartig sich verästelnden und durcheinander schlingenden Fäden sichtbar, von welchem lange Ausläufer sich in der Längsrichtung der Harnkanälchen hin erstreckten oder quer zu diesen unter Abgabe kürzerer sekundärer Aestchen sich hinschlängelten, bald war in dem dichten Fadengewirr die Struktur des Gewebes nicht mehr zu erkennen. Selten bildeten die Arteriolae rectae den Ausgangspunkt der Pilzentwickelung. Reichlich fanden sich jedoch Mycellager mitten im Gewebe, ohne dass ein Zusammenhang mit den Blutgefässen nachweisbar war. Ausser hier und da vorhandener leichter körniger Trübung des Epithels habe ich Veränderungen des Parenchyms (etwa Fettmetamorphose der Harnkanälchen oder bräunliche Pigmentirung der Epithelien wie sie Grawitz angiebt) nicht konstatiren können. Fast überall traten die Kerne auf Essigsäurezusatz deutlich hervor. — Zahlreiche kleine Nester und isolirte verzweigte Fäden fanden sich auch in der sonst normalen Nierenkapsel.

Die *Leber* zeigte die nächst grösste Frequenz der Pilzlager. Dieselben, sowie die isolirten Fäden waren hier häufig doch durchaus nicht constant radiär zur Vena centr. angeordnet, standen am dichtesten in nächster Nähe derselben und wurden spärlicher gegen die Peripherie des Leberläppchens. Die Mycelschläuche verliefen ganz regellos, bald parallel bald quer oder schräg zu den Leberzellenreihen. Auch hier keine Veränderung des Gewebes.

Der Leber lasse ich *Milz* und *Herzmuskel* folgen, die annähernd in gleicher Weise betheiligt waren. Obgleich grössere Netze auch hier nicht fehlten, so erreichten dieselben doch nie den Umfang der in den erstgenannten Organen beobachteten. Meist handelte es sich um isolirte verästelte Gebilde, deren Herkunft aus 2 oder 3 nebeneinanderliegenden Sporen leicht nachzuweisen war.

In den *Lungen* fanden sich nur sehr vereinzelt kurze Fäden; eine Anfüllung der Alveolen und Alveolenwände mit «dichtem Fadengitter» wie sie Grawitz beschreibt (l. c. 366.) habe ich an keinem Präparate gesehen — ein Umstand, der mir ebenfalls für die Abwesenheit von Mycelien in der Injectionsflüssigkeit spricht.

Trotz zahlreicher Schnitte aus den verschiedensten Partien habe ich im *Dünndarm*, *Dickdarm* (welche Grawitz in der Skala der Leber folgen lässt) in der *Magenwandung*, in der *Körpermuskulatur*, (letztere nach Grawitz, beim Kaninchen wie es scheint ohne Unterschied befallen) *keine* Pilze nachweisen können.

Der akute Verlauf (Grawitz giebt für Kaninchen die durchschnittliche Krankheitsdauer auf 80 Stunden an), die Abwesenheit jeglicher charakteristischer makroskopischer Veränderungen, liessen mich vermuthen, dass die Zahl der injicirten Sporen eine für das Versuchsthier verhaltnissmässig zu grosse gewesen, in dem schon die ersten Lebensäusserungen des Pilzes durch ihre ungeheure Vielheit genügten den Tod herbeizuführen ehe noch die Gewebe Zeit gehabt durch jene Tuberkelbildung zu reagiren. Um nun

womöglich auch diese makroskopischen Veränderungen zu erhalten, injicirte ich dem nächsten Versuchsthier, einem Meerschweinchen, eine bedeutend geringere Sporenmenge soweit sich die letztere aus der Graufärbung und der Quantität der Injektionsflüssigkeit bemessen lässt. Die Sporen stammten von der VIII. Generation (zuckerfreie, stark alkalische Nährlösung) und hatten vor ihrer Verwendung zwei Tage lang im Wärmeapparat gestanden. Tod nach 26 Stunden. Makroskopisch ausser Fettleber keine Veränderung; zur mikroskopischen Untersuchung gelangten Leber, Nieren, Lungen und Herz. Auch hier boten die *Nieren* die grösste Frequenz und die schönste Ausbildung der Mycelfäden und Netze dar, doch bei weitem nicht so constant fast an jedem Glomerulus wie in der Kaninchenniere. In der Umgebung der grösseren Pilzlager waren die Epithelien häufig getrübt, in der Nachbarschaft der kleineren Verästelungen intact. — Die nächst zahlreichste Pilzentwicklung fand sich in der *Muskulatur des Herzens:* kleine weitmaschige Netze oder kürzere und längere verzweigte Mycelien waren beinahe in jedem Präparate sichtbar; hier und da Trübung der Muskelschläuche, häufig doch nicht constant in der Umgebung grösserer Lager. — Bei der hochgradig fettig degenerirten *Leber* gelang es überhaupt erst nach Behandlung der Schnitte mit Alkohol und Aether Pilze zu Gesicht zu bekommen; die Zahl derselben war im Vergleich zur Leber des Kaninchens eine verschwindend geringe: aus der Gegend des Leberrandes musste ich ganze Serien von Schnitten durchsehen, ehe in dem einen oder dem anderen ein paar Sporen mit den ersten Anfängen der Mycelentwickelung im Gesichtsfelde erschienen. Im Innern des Organs waren die Pilzfäden bedeutend häufiger anzutreffen. — Bei den *Lungen* war das Suchen völlig ohne Resultat; das Gewebe derselben verhielt sich normal.

Ein 3. Versuchsthier (Meerschweinchen) erhielt Sporen, welche dreien auf einander folgenden, auf alkalischem Nährboden gewachsenen, Generationen (der VI., VII. und VIII.) entstammten und in ein Porzellantöpfchen gesammelt 4 Wochen lang, bei gewöhnlicher Zimmertemperatur, trocken aufbewahrt worden waren. Die Sporen hatten ihre wohlerhaltene Keimfähigkeit bei einigen im Wärmeapparat angestellten Proben bewiesen und wurden in ungefähr derselben Quantität wie im 2. Versuche injicirt. Der Tod trat nach 30 Stunden ein. Die *Lungen* sehr blutreich, von einer Unzahl kleinster Hämorrhagieen durchsetzt, in denen Pilzherde nachzuweisen mir jedoch bei der mikroskopischen Untersuchung nicht gelang. — Die *Nieren*, leicht vergrössert, zeigten nach Abzug der etwas fester als sonst adhärirenden Kapsel auf ihrer Oberfläche mehrere helle rundliche nicht prominente Flecke von ca. 3—5 Mm. Durchmesser; diese blassere Färbung des Parenchyms setzte sich auf dem Durchschnitt 1—2 Mm. weit in das Innere des Organs fort und beruhte auf partieller Fettinfiltration. Doch auch viele andere Stellen des Organs zeigten fettige Degeneration der Harnkanälchen und fast überall fand sich körnige Trübung der Epithelien. Die Mycelentwicklung war ungefähr dieselbe wie bei dem ersten Meerschweinchen; die dichtesten und ausgedehntesten Fadengewirre fanden sich meist in den stärkst verfetteten Partien. — Eine fast ebenso reichliche Pilzentwickelung wies der *Herzmuskel* auf: die Querstreifung der Muskelfasern war meist undeutlich, reichlich fanden sich Stellen, wo die Fasern braun pigmentirt erschienen, und lagen hier die grössten und dichtesten Netze (braune Atrophie?); an anderen Partien herrschte wieder mehr beginnende fettige Degeneration vor. — Die *Körpermuskulatur* (m. psoas, pectoral., adduct. fem.) war in geringerem Grade betheiligt; auch hier beginnende fettige Degeneration. — Es folgt der *Darm:* die Peyer'schen Plaques und die solitären Follikel bildeten die Prädilectionsstellen der Pilzentwicklung; doch auch die Mucosa und Serosa waren nicht frei von Fäden. — In der *Leber*, die ebenfalls in beträchtlichem Grade fettig degenerirt war, fanden sich Pilze nur sehr vereinzelt vor und meist nur die ersten Anfänge der Mycelbildung; selten längere Fäden. Verhältnissmässig häufig traf man auf kleine Häufchen von 5—10 zusammenliegenden Sporen, von denen nur einzelne Mycelien getrieben hatten, andere steril geblieben waren — was ich sonst nicht beobachtet hatte. — Ungefähr gleich betheiligt war die *Milz*.

Noch immer der Ansicht, dass die injicirte Sporenmenge eine, für das benutzte Versuchsthier, zu grosse gewesen, transfundirte ich einem Kaninchen, welches nahezu dreimal so schwer war als das zweite Meerschweinchen, ungefähr die gleiche Menge von denselben Sporen, die dieses erhalten hatte (2 Tage später). Das Thier blieb am Leben; in dem Befinden desselben war während der ersten 3 Tage nach dem Eingriff ein gewisser Grad von Depression bemerkbar, dann wurde es wieder ebenso munter wie zuvor. War die Sporenmenge eine zu geringe gewesen oder hatte ein bei der Injection unbemerkt gebliebener übler Zufall den Versuch vereitelt? Im ersteren Falle dürfte man hoffen vielleicht in den Prädilectionsstellen der Pilzentwicklung hier und da die bekannten Bilder zu finden; als das Thier jedoch nach 14 Tagen getödtet wurde, zeigten sich weder makroskopisch noch mikroskopisch irgendwelche Veränderungen. Weder in den Nieren noch in der Leber oder der Herzmuskulatur fand sich etwas, was mich auf eine früher stattgehabte Pilzinvasion hätte schliessen lassen können; ich muss annehmen, dass wenn es überhaupt zu einer Schimmelvegetation in den Organen dieses Kaninchens gekommen, dieselben durch eine reactive Entzündung bald wieder zum Absterben gebracht und dann auch etwaige Spuren dieser Entzündung allmählich vollkommen ausgeglichen worden seien.

Zu weiteren Versuchen mangelte es mir augenblicklich an Zeit und an Versuchsthieren. Zu allgemeinen Schlüssen halte ich mich nicht berechtigt und begnüge mich die aufgeführten Fälle zur Bereicherung des schon vorhandenen Materials darzubieten.

Riga, Anfang Februar 1881.

Chirurgische Mittheilungen.

Vorgetragen in der Sitzung der Gesellschaft deutscher Aerzte vom 19. Januar 1881 mit Demonstration von Präparaten.

Von

Dr. E. Kade.

4. Kniegelenkschuss.

Am 10. December am Nachmittage war in L. auf der Eber-Jagd ein Treiber-Junge mit einer Kugel in's rechte Knie verwundet worden. Am 11. December, Morg. 10 Uhr langte er bei uns im Hospitale an. Er war in einem Schlit-

ten die ganze Nacht hindurch, in Begleitung eines Arztes, hierher gebracht worden. Er soll im Schlitten in einer Blutlache gelegen haben. Das Aussehen des 16 Jahre alten, sonst kräftig gebauten finnischen Bauerburschen war schon bei der Aufnahme ein äusserst anämisches. Auf der vorderen Fläche des inneren Condylus des rechten Oberschenkels zeigte sich eine Kugelwunde, mit gerissenen Hauträndern und unregelmässigem Contour. Es war evident, dass die Kugel in den Condylus eingedrungen war und ihn zertrümmert hatte. Von der Grösse und Configuration der Wunde war es übrigens schwer, sich eine richtige Vorstellung zu machen, weil die Ränder, der Grund und die Umgebung der Wunde in weiter Ausdehnung hin von schwarzen Eisenchloridschorfen bedeckt waren. Eine Austrittswunde existirte nicht. Nirgends, weder nah noch fern, war durch Palpation der Sitz der Kugel zu entdecken.

Ich dachte anfangs daran, ohne eine Digitaluntersuchung vorzunehmen, die Wunde und ihre Umgebung oberflächlich zu reinigen, abzuwaschen, zu desinficiren und auf einer Schiene zu fixiren. Ich erinnere mich nicht mehr, ob eine Untersuchung mit Finger oder Sonde vorhergegangen war oder nicht. Jedenfalls schien mir, nach Verlauf von 20 Stunden nach der Verwundung, während welcher der Kranke unter einem primitiven Watteverbande und Eisenwattetampon den Transport überstanden hatte, die Kugelwunde mit den sie bedeckenden Eisenschorfen nicht jungfräulich genug, um das Glied, ohne vorhergeschickte gründliche Ausräumung und Desinfection der Knochenwunde, mit Hoffnung auf Erfolg conservativ behandeln zu können. Ich hielt es also für geboten, die Hautwunde zu spalten und mit dem Finger in das Loch des Condylus einzugehen, um den Grad und die Ausdehnung der Zertrümmerung des Condylus, vielleicht auch den Sitz der Kugel in demselben zu ermitteln, aus der Höhle des zertrümmerten Condylus Knochensplitter und Blutgerinnsel, womöglich auch die Kugel zu entfernen, die äussere Oeffnung mit dem Knochenlöffel zu glätten, die ganze Wunde und ihre Umgebung gründlich zu desinficiren und dann die Conservativbehandlung einzuleiten. Je tiefer ich mit dem Finger in den Condylus eindrang, desto ausgedehnter fand ich die Zertrümmerung desselben. — Ich konnte mit der Kornzange grosse Stücke der äusseren, knorpligen Fläche des Condylus entfernen, die von der Kugel tief in die spongiöse Substanz hineingeschlagen worden waren und in ihr steckten, der ganze Condylus war in eine Höhle verwandelt, die erfüllt war von kleinen und grösseren Knochen und Knorpelfragmenten und Blutgerinnseln. Nachdem ich dies alles ausgeräumt und die gesplitterten Ränder der Eintrittsöffnung in den Condylus mit der Knochenscheere erweitert und abgeglättet hatte, ohne dass unter den ausgeräumten Trümmern die Kugel sich gefunden hätte, fand ich auch die hintere Wand des Condylus gesplittert. Die Kugel hatte offenbar den Condylus int. in der Richtung von oben und innen getroffen und war nach Zertrümmerung des Condylus in der Richtung nach unten und aussen durch die hintere Wand des Condylus in den dreieckigen Raum des Kniegelenkes eingetreten, der nach oben von den Gelenkknorren des Oberschenkels, nach unten von der Tibia begrenzt und von den Ligamenta cruciata und Fett eingenommen wird.

Jetzt fragte es sich, sollte ich es bei dieser Ausräumung bewenden lassen? Konnte bei einer solchen Zertrümmerung des Condylus, dass von ihm nur eine, an der Vorderfläche durchlöcherte, an der Hinterfläche gesplitterte Schwarte übrig geblieben war, bei weit geöffnetem Gelenke, bei Bluterguss zwischen die Gelenkflächen und bei dem Stecken der Kugel im Gelenke auf Erhaltung des Gliedes gehofft werden? War es nicht sicherer, um den zertrümmerten inneren Condylus an seiner Basis entfernen zu können, zur Herstellung zweier congruenten glatten Sägeflächen den, wenn auch intacten, äusseren Oberschenkelknorren und die Knorpelfläche der Schienbeinknorren zu opfern, mit einem Worte die volle Resection zu machen. Ausser dem Vortheile, an Stelle eines zertrümmerten, wenig lebens- und regenerationsfähigen Gelenktheiles, 2 frische adäquate Knochensägeflächen zu setzen, gab die Resection auch die Möglichkeit die Kugel zu entfernen, das Gelenk gründlich auszuspülen und den Wundsecreten freien Abfluss zu sichern. Ich entschloss mich sofort zur Resection, öffnete mit einem Ovalärlappen, in dem ich die unversehrte Kniescheibe conservirte, weit das Gelenk, und sägte beide Oberschenkelknorren an ihrer Basis wie die Knorpelfläche des Schienbeins ab. Jetzt sah man in dem weit geöffneten Kniegelenke, in der hinteren Wand der Kapsel, auswärts von den Popliteal-Gefässen ein Loch, durch welches die Kugel in den Poplitealraum gedrungen war und zwar in das laterale Dreieck dieses trapezoiden Raumes und so, dass sie deutlicher von der Resectionswunde aus, als von der Poplitealgrube, am deutlichsten bimanuell gefühlt werden konnte. Es genügte das Loch in der hinteren Kapselwand ein weniges mit der Scheere aufzuschlitzen, um die Kugel aus ihrem Bette mittelst des Spatels herauszuheben. Sie sass also nach vorne dicht hinter der hinteren Capselwand, war aber nach hinten durch den Poplitealmuskel und dass fette Unterhautzellgewebe von der Haut getrennt, daher sie auch von der Poplitealgrube aus nicht durchzufühlen gewesen war. Es war eine volle, cylindrokonische der Länge nach schwach gereifte Kugel von circa 3 – 3½ Ctm. Länge und 1½ Ctm. Basisdurchmesser. Von dem Bette der Kugel aus machte ich eine Contraapertur in die Fossa poplitea hinein, durch welche von hinten ein Drain bis in die Resectionswunde eingeführt wurde. Der Blutverlust während der Operation war unbedeutend gewesen. An die Sägeflächen der Knochen wurden 2 Drahtnähte, an den vorderen Ovalärlappen eine Menge Seidennähte angelegt, in die Stichwinkel 2 Drains eingestellt, die Wunde mit Lister'schem Verbandzeuge reichlich eingewickelt und das ganze Glied auf eine Petit-Volkmann'sche Blechschiene gelagert. Nach der Operation bedeutender Collaps, am Abende miserabler Puls, kalte Extremitäten, bleiches Gesicht, Temp. 37°, häufiges Chloroform-Erbrechen.

Am nächsten Morgen hatte das Erbrechen aufgehört, der Kranke klagte über starke Schmerzen im operirten Gliede, die nach einer hypodermatischen Morphiuminjection sich beruhigten. Der Verband wurde nicht gewechselt.

In den nächstfolgenden 4 Tagen war auf die Collapserscheinungen des ersten Tages entwickelte Reaction eingetreten, Temp. bis 39,7° und 40°, beschleunigter Puls bis über 130, bei genügender Entwickelung. Dabei schmerzensfreier, ruhiger Zustand, viel Schlaf. Die erste Vereinigung des Ovalärlappens grösstentheils ausgeblieben, so dass die meisten Suturen entfernt wurden — die Wunde welk, doch aseptisch, Eiterung gering.

Am 15. December, 4 Tage nach der Resection, nachdem der Verband *ein* Mal erneuert worden war, trat um 2 Uhr Nachmittags ganz unvorhergesehenermaassen Blutung auf. Zufälligerweise konnte ich sogleich zur Stelle sein, öffnete, bei comprimirter Femoralis, den Verband und fand ihn vollständig, bis oben hinauf durchtränkt von Blut. Doch nach Abnahme des Verbandes, weiter Eröffnung und wiederholter Durchspritzung der Resectionswunde zeigte sich kein Tropfen Blut, weder aus der Wunde, noch aus der Gegenöffnung und dem Drain in der Fossa poplitaea. Auch kein Blutgerinnsel deutete auch nur im entferntesten auf die Quelle der Blutung hin. Ich beobachtete die Wunde bei nicht comprimirter Femoralis, unter dem Carbolspray, wol über eine halbe Stunde, ohne dass ein Tropfen Blut sich zeigte. Ich benutzte die Gelegenheit, um unter Chloroform an das Glied einen durch Schusterspäne und Drahtbügel verstärkten Gypsverband mit weitem Fenster für die Resectionswunde anzulegen, spritzte die Wunde wiederholt mit 5 und 3% Carbollösung aus und verband sie mit Listerzeug.

Wo kam die Blutung her? Wer, m. H., aus Erfahrung diese ominösen und capriciösen Blutungen nach Schussverletzungen kennt, der wird sich keinen Illusionen bei Deutung derselben hingeben. Wenn sie nicht ihre Ursache

haben in spitzen und scharfen Knochenfragmenten, die bei mangelhafter Immobilisation Gefässzerreissungen der Weichtheile erzeugen, so kenne ich nur 2 Arten von Blutungen bei Schusswunden. Die einen treten in einer späteren Periode auf, gegen Ende der 2. oder in der 3. Woche, oft auch noch später. Sie sind entweder die Vorläufer der Septikämie, oder treten schon unter septikämischen Erscheinungen durch Arrosion von Venen und kleinen Arterien auf. Die 2. Art der Blutung ist arterieller Natur. Sie rührt her entweder von einem direct durch die Kugel erzeugten, oft minimen Substanzverlust in der Arterienwand, der unmittelbar nach der Verwundung durch einen Thrombus sich schliesst, oder die Kugel hat beim Streifen der Arterienwand einen Brandschorf in ihr gesetzt, der nach 4—6 Tagen sich löst und zur Blutung führt. Diese Blutungen sind es, die unerwartet auftreten, wenn der Thrombus, der zeitweise die Lücke schliesst, weggespült wird und ebenso unerwartet sistiren, wenn die Wunde frei der Luft ausgesetzt ist. Diese Blutungen, wenn ihnen nicht sogleich radikal begegnet wird, erschöpfen den Kranken durch häufige Wiederholungen und machen endlich jedes Mittel erfolglos. Diese Blutungen erfolgen ebenso oft, als sie offen zu Tage treten, in die Muskelinterstitien und führen zu diffusen Blutinfiltrationen der tiefen Zellgewebsräume. Gegen diese Blutungen, besonders wenn sie combinirt sind mit Splitterfracturen und Resectionswunden, wird die Unterbindung des Arterienstammes gewöhnlich unheilbringend, eben weil die vorhergegangenen tiefen Blutinfiltrationen unvermeidlich jauchigen und nekrotischen Zerfall zur Folge haben.

In dem gegebenen Falle wollte ich mich dennoch nicht sofort bei der ersten aufgetretenen Blutung zur Amputation entschliessen, weil ich die Möglichkeit hatte, den Kranken auf's Strengste zu überwachen und den schlimmen Folgen einer sich wiederholenden Blutung vorzubeugen. Es stand aber der Entschluss bei mir fest, im Falle der Wiederholung sofort das Glied am Oberschenkel zu amputiren. Es war dies auch ein Fall, in dem ich entschlossen war, zur Amputation zu schreiten, ohne die Einwilligung des Kranken oder seiner Eltern, von denen einer fast beständig anwesend war, eingeholt zu haben. Der Grund dazu war, auf der einen Seite die Schwierigkeit, mich mit ihnen, die nur finnisch sprachen, zu verständigen und die Unmöglichkeit ihnen bei ihrem höchst niedern Grade intellectueller Entwickelung die Gefahr klar zu machen, auf der anderen Seite die Verantwortlichkeit, welche die Lebensgefährlichkeit des Falles selbst und die ihm anhängenden äusseren Complicationen in sich schlossen.

Die Blutung liess nicht lange auf sich warten. Schon am nächsten Tage, höchst glücklicher Weise in meiner Gegenwart, als ich den Verband der Wunde in dem Fenster des gestern angelegten Gypsverbandes, weil er durchtränkt war, erneuern wollte, bevor ich noch die Wunde mit dem Strahle des Irrigators berührt hatte, trat Blutung auf und zwar in deutlich arteriellem Strahle durch den Drain in der Kniekehle. Mein Entschluss zur sofortigen Amputation wurde noch dadurch bestärkt, dass nach Abnahme des Gypsverbandes längs des Unterschenkels, bis zu den Malleolen herab, sich streifige und fleckige Ecchymosen zeigten, als äussere Merkmale der in der Tiefe erfolgten Blutinfiltrate. Es wurde also am 16. Dec., fünf Tage nach der Resection und am 6. Tage nach der Verwundung der Oberschenkel oberhalb der Condylen amputirt. Zu dieser Amputation gebrauchte ich denselben Ovalärlappen, mit dem ich die Resection gemacht hatte, nach Entfernung eines schmalen Randsaumes desselben.

Es ist also bereits ein voller Monat nach der Amputation verflossen, aber die Wunde ist noch weit entfernt cicatrisirt zu sein. Hierbei sind verschiedene Umstände von Einfluss gewesen. Trotz der sorgfältigsten Beobachtung Lister'scher Principien bei der Amputation und dem Verbande der Amputationswunde war die erste Vereinigung der Amputationswunde vollständig ausgeblieben, was am meisten auf Rechnung der grossen Anämie zu schieben ist, die noch erhöht wurde durch einen später aufgetretenen, hartnäckigen Intestinalcatarrh.

Bei Erneuerung des Verbandes am 6. Tage (22. Dec.) zeigte es sich, dass fast alle Nähte durchgeschnitten hatten, die Wunde erfüllt war mit flüssigem, obwol nicht stinkendem Eiter und von dem Sägerande des Knochens die periostale Hülle auf einen Zoll breit sich zurückgestreift hatte. Vom 24. Dec. an wird die Amputationswunde offen behandelt, nachdem zuvor wegen einer längs des Knochens erfolgten Senkung am oberen Dritttheil der hinteren Fläche des Oberschenkels eine Contraapertur mit Einlegung eines Drains etablirt worden war.

Den ganzen December-Monat hindurch und bis zum 11. Januar ist jeden Tag, bei grösstentheils normalen oder subfebrilen Morgentemperaturen, im Laufe des Tages, oft in den Nachmittags-, oft auch in den Abendstunden die Körpertemperatur auf 39,5, 39,8 bis 40° gestiegen. Grosse Gaben Chinin mur., zu einem Scrupel und ℈β pro dosi, mit Opium wegen des Intestinalkatarrhs oder 2 Scrupel Chin. tann. haben nicht die geringsten Veränderungen in diesen Temperatursteigerungen bedingt.

In den letzten Tagen des Dec. begann der Kranke über heftige Schmerzen unter dem Glutäus der entgegengesetzten linken Seite und der Gegend der incisura ischiadica zu klagen und am 2. Jan. wurde hier ein Abscess eröffnet, aus dem sich ein Zellgewebspropf mit flüssigem Eiter entleerte. Ich kann die Bildung dieses Abscesses nur auf den permanenten Druck zurückführen, den der Rand des runden Luftkissens auf diese Stelle ausgeübt hatte.

Doch auch nach Eröffnung dieses Abscesses, auch nach Sistirung des Durchfalles erhielten sich unverändert die Temperatursteigerungen, obwohl der Kranke offenbar an Kräften zunahm, sich subjectiv wohl fühlte und die Wunde anfing sich zu verkleinern, die Eitermenge abnahm und von guter Qualität geworden war. Am 11., 12., 13., 14. und 15. Jan. waren die Temperaturen grösstentheils normal und hatten zeitweilige Steigerungen nicht über 38,6° gezeigt. Am 16. wieder, ohne Verschlimmerung des subj. Befindens eine Steigerung am Nachmittage bis 39°. Desgleichen am 17., 18. und dem heutigen 19. Jan.

Ich werde nicht ermangeln, über den definitiven Verlauf und Ausgang dieser, in der Friedenspraxis immerhin seltenen Schusswunde zu berichten.

Es bleibt mir noch übrig, Ihnen Bericht abzustatten über den Befund an dem amputirten Unterschenkel. An der Poplitäalarterie an ihrer hintern Wand fand sich ein, in das Lumen der Arterie sich öffnendes Loch von der Grösse eines Stecknadelkopfes, von runder Configuration, mit glatten, schräg zum Innern der Arterie abfallenden Rändern, so dass der äussere Substanzverlust grösser war als der innere. Dies Loch hatte mehr das Aussehen eines nach Lösung eines Brandschorfes aus der Arterienwand entstandenen Substanzverlustes, in einer direct durch die Kugel gesetzten Lücke.

Obwohl das Präparat, wie aus der obigen Relation erhellt, vom sechsten Tage nach der Verwundung herstammt, so war doch für eine so frühe Periode die weite Ausbreitung der Blut- und Jaucheinfiltration bemerkenswerth. An der hintern Fläche des Unterschenkels, bis zu den Malleolen herab, waren die Zellgewebsmaschen der Muskel und Sehnenscheideninterstitien von flüssigem Blute und Eiter gleichmässig infiltrirt.

Referate.

Mershejewski: Porencephalia spuria duplex. (Glebow's Archiv. 1880. S. 111—138).

Unter diesem Namen beschreibt der Autor einen sehr interessanten Fall von Entwickelungs-Anomalie beider Centralwindungen des Gehirns, welche Aehnlichkeit hat von jenem so ungemein seltenen Zustande, den Heschl Porencephalia nannte; der Fall betrifft einen Idioten, welcher von Geburt an stumm und der willkürlichen Bewegungen beraubt war; die Extremitäten waren in Contractur, die Gelenke wenig beweglich. Obgleich im Gehirn dieses Subjects nicht

wie in den Heschl'schen Fällen, die Ventrikel ganz offen waren und mit dem Subarachnoidealraum communicirten, so waren doch beiderseits, besonders in der Gegend der Centralwindungen, die Ventrikel von der Hemisphärenoberfläche nur durch ein dünnes Häutchen getrennt. Ausserdem fanden sich noch folgende wichtige Anomalien vor: Beide Hemisphären waren nicht gleich geformt, die rechte länger, bedeckt das Kleinhirn, die linke kürzer, lässt einen Theil des Kleinhirns unbedeckt. Auf der convexen Oberfläche beider Hemisphären fällt eine bedeutende Längsverkürzung der Centralwindungen auf, und an ihrem unteren Endpunkte eine Vertiefung, entstanden durch eine Verwachsung der Stirn- und Centralwindungen nach innen zu den Ventrikeln hin. Das Operculum fehlt beiderseits, daher erscheint die Insel unbedeckt, mit hervorragender Oberfläche. Von dem vertieften Endpunkte der Centralwindungen gehen strahlenförmig aus: nach oben die Centralwindungen, nach vorn und oben die 1. Stirnwindung, nach vorn die 2., und nach unten die 3. Stirnwindung; hinter der Vertiefung erhebt sich kugelförmig der hintere Theil der Insel; auf beiden Hemisphären sind ausserdem deutlich ausgeprägt der Sulcus parieto-occipitalis, zum Theil der Sulc. interpariet. und der Sulc. transv. Auf der inneren Oberfläche des Gehirns besteht der Sulcus calloso-marginalis aus 6 getrennten Abschnitten; der Praecuneus ist fast dreimal kleiner als normal; das Corpus callosum ist in seinem horizontalen Theile verdünnt, besonders in der Mitte bis ¹/₃ Cm., dagegen das genu corp. call. verdickt.

Auf Querschnitten zeigt es sich, dass die graue Substanz der Centralwindungen zum Hirnventrikel sich hinzieht, und an das Corp. callos. sich anlegt, mit letzterem die Decke und Aussenwand des Seitenventrikels bildend, der von der Oberfläche nur durch ein dünnes Häutchen getrennt ist. Die graue Substanz der Hirnwindung dringt auch nach innen in den Seitenventrikel und geht unmittelbar in die graue Substanz des Corp. caudat. über. Somit ist die graue Substanz der Centralwindungen völlig getrennt von der Oberfläche der Ganglien und sie enthalten keine Fasern, welche in die Capsula interna verlaufen. Unter Anderem fällt auf Querschnitten die kolossale Entwickelung des Claustrum auf (in die Breite 9 Mm., in die Länge 3 Cm.), die histolog. Untersuchung weist eine echte Hypertrophie desselben nach.

Nach genauer Beschreibung der anatomischen Veränderungen nebst Maassangaben des Schädels, der Extremitäten- und Rumpfknochen kommt der Autor zu folgenden Schlüssen: Die unbedeckte Lage und Hervorwölbung der Insel legt die Annahme nahe, dass die normale Entwickelung dieses Hirntheils schon im dritten Embryonalmonat sistirt worden ist, wo auf der glatten Hirnoberfläche sich die Vertiefung der Fossa Sylvii bildet, was nach His etwa der Bildung des Corp. striat. entspricht. Wenn nun nach Meinung des Autors in dieser Zeit in Folge von partiellem internem Hydrocephalus der Druck auf die Stelle der zukünftigen Fossa Sylvii vergrössert wird, so wird die Bildung des Corp. striat., antatt die glatte Oberfläche der Hemisphäre nach innen zu ziehen, vielmehr dieselbe nach aussen hervorwölben, weil der Druck von aussen geringer ist, als der von innen. Da nun auf der Hirnoberfläche durch die erwähnten Einflüsse eine Erhöhung sich bildet, entsprechend der Lage der Insel, so wird die normale Längsentwickelung der Stirn- und Centralwindungen gehindert, und desshalb drängen dieselben einerseits die Insel nach hinten, und wachsen andererseits nach innen zum Ventrikel zu. Es ist dieses die ganz natürliche Erklärung der verschiedenen Anomalien dieses Hirns, welches sich noch durch Mangel des sept. pellucidum und des 5. Ventrikels auszeichnet, — Beweise dafür, dass Hydrocephalus vorhanden gewesen ist. Darauf fragt sich der Autor, ob man bei diesem Hirn von Atavismus sprechen dürfe, da eine gewisse Aehnlichkeit mit dem Hirn des Elephanten vorhanden ist, doch verneint er die Frage, die Aehnlichkeit ist eine durch pathol. Ursachen bedingte Zufälligkeit.

Auch klinisches Interesse hat dieser Fall, da man das Fehlen der willkürlichen Bewegungen in Verbindung bringen muss mit der vollkommenen Trennung der grauen Substanz der Centraltheile von den abwärts gelegenen Hirntheilen. Wenn in der Rinde der Hemisphären auch Willensimpulse sich bilden konnten, so war für dieselben doch der Weg zur Uebertragung auf die Bewegungsorgane unterbrochen.

Endlich lenkt in anatom. Hinsicht die im Hirn gefundene Hypertrophie des Claustrum die Aufmerksamkeit auf sich, es ist vielleicht der einzige und unzweifelhafte Fall von echter Hypertrophie von Hirngewebe. B—w.

Prof. C. Gussenbauer: Zur operativen Behandlung der Carcinome des S. romanum. (Zeitschrift f. Heilkunde. Bd. I. Heft 3 u. 4.)

Gussenbauer bespricht das im Titel angedeutete Thema, ausgehend von einem Fall eines Carcinoms der gen. Gegend, welches von dem verstorbenen Dr. Martini in Hamburg unter G's Assistenz und nach G's Plan exstirpirt wurde mit glänzendem Erfolge. Weil in diesem Fall vermuthet wurde, dass das Carcinom auf eine grössere Strecke des S. romanum sich ausgebreitet und auch schon ein wenig Mesocolon und Lymphdrüsen ergriffen habe, erschien es G. nicht thunlich, nach Entfernung des Erkrankten wieder Darm mit Darm zu vereinigen, sondern räthlicher um einer Zerrung der Darmwundränder und damit drohender Perforationsperitonitis vorzubeugen und um im Falle eines localen Recidivs den Kranken vor den Plagen einer Darmstenose zu bewahren, von Hause aus die Bildung eines Anus praeternaturalis in Aussicht zu nehmen. Bei der Operation erwies sich die Richtigkeit des Calculs. Der Wundverlauf war so gut wie reactionslos, einmal nur erhob sich die Temperatur auf 38° C., es zeigte sich ein Tröpfchen Eiter in einem Stichkanal; Zeichen einer Peritonitis fehlten gänzlich. Der Pat. erholte sich schnell und war zehn Monate nach der Operation ohne jedes Recidiv. Das entfernte Darmstück mass an der Convexität 10 Cent., an der Concavität 5 Cent. T.

Lentze: Behandlung der Oberschenkelfracturen bei kleinen Kindern. (Berl. kl. W. 1880. № 52.)

Ein 2 Jahre und 7 Monate alter Knabe brach den Oberschenkel an der Grenze des mittleren und oberen Drittels. Die grossen Uebelstände aller festen Verbände bei kleinen Kindern (Durchnässung, Gestank, Excoriationen) bewogen L. einen Heftpflaster-Verband anzulegen und das Bein an demselben mittelst einer über eine Rolle laufenden Schnur und Gewicht vertical zu suspendiren. Das Gewicht (2 Kilo) war so bemessen, dass ein geringes Heben genügte, das Becken zum Schweben zu bringen; dadurch war es möglich, das Kind immer rein zu halten, ohne die Extension zu unterbrechen. Die Consolidation war in der 4. Woche vollendet und der Verband wurde am Schluss derselben entfernt. Diese Suspension verursachte gar keine Beschwerden. —o—

Russische medicinische Literatur.

№ 33. Wratsch. № 7.
Inhalt: a. E. Bidder: Mechanische Hülfe bei vernachlässigten Querlagen.
b) N. Iljinski: Ueber den Hospitalquas. (Schluss).
c) Goldwug: Die Diphtheritis in Koselez. (Schluss).
d) G. Herzenstein: Das Militär-Sanitätswesen im letzten russisch-türkischen Kriege.
e) Jewsejenko: Ueber den Einfluss des Eintauchens in kaltes Wasser bei der Taufe auf die Entwickelung der Neugeborenen.

№ 34. Klinitscheskaja Gaseta № 7.
Inhalt: a. W. Schnaubert: Ein Fall von Aneurysma varicosum aortae u. s. w. (Schluss).
b) N. Kruglewski: Ueber Eiter und Eiterungsprocess. (Schluss).
c) N. Jastrebow: Zur Pathologie des Ganglion cervicale uteri bei Krankheiten des Eierstockes. (Aus der Klinik des Prof. Slawjanski).
d) A. Lipski: Ein Fall von gleichzeitiger Erkrankung an Febris recurrens und Diphteritis. (Aus der Klinik des Prof Tschudnowski).

№ 35. Wratschebnija Wedomosti. № 6.
Inhalt: a. S. Lipinski: Ueber die physiologische Wirkung des Scillitoxin. (Aus dem pharmakol. Laboratorium des Prof. Suschtschinski).
b) M. Stukowenkow: Locale Behandlung der Rose mit einer Lösung von Argentum nitricum.
c) P. Uspenski: Ueber Neurosen. (Forts.)
d) P. Kowalewski: Verbrechen eines Idioten. (Forts.)

№ 36. Sdorowje. № 153.
Inhalt: a. N. Schmitz: Aus der Kungur'schen Landschaft (Schluss).
b) A. S.: Die nährenden Stoffe in den Nahrungsmitteln. (Schluss).

№ 37. Sdorowje. № 154.
Inhalt: a. P. Grjasnow: Sanitätszustand des Kreises Tscherepowez. (Schluss).
b) D. Mendelejew: Die Arbeitercolonie bei dem Bau der Alexanderbrücke u. s. w. (Forts.)

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— La gaceta de sanidad militar. № 147.
— Cronica medico-quirurgica de la Habana. № 1.
— Lehrbuch der Hygieine von Prof. Jos. Nowak. Lief. 5. und 6. — Toeplitz und Deuticke. Wien 1881.
— Lehrbuch der hygieinischen Untersuchungsmethoden von C. Flügge. Mit 88 Abbildungen, 17 Tabellen und 4 lithogr. Tafeln. Veit & Co. Leipzig 1881.
— Die Stellung des Arztes vor Gericht in der Frage nach der Zurechnungsfähigkeit, von Hans v. Wyss. — F. C. W. Vogel. Leipzig 1881.
— The medical bulletin, edited by J. V. Shoemaker №1. Philadelphia 1881.
— Châtel-Guyon (Kissingen français). Saison du 15. Mai au 15. Octobre.
— La Bourboule et ses eaux minérales, par le Dr. C. James. — A. Lahure. Paris 1880. — Guide de l'étranger à la Bourboule.

— Les eaux minérales d'Auvergne par le Dr. Boucomont. — Royat. — A. Delahaye. Paris 1880.

— Sur l'action physiologique du Chlorure de Magnesium par le Dr. J. V. Laborde. (Extrait de la Tribune Médicale).

Zur Frage des Hypnotismus.

Eingesandt.

Nach der Entgegnung der Hrn. Nishegorodzew und Stange in № 7 der St. Petersb. medic. Wochenschr. halte ich, Verfasser des Referates über eine hypnotische Sitzung in St. Petersburg (№ 5 derselben Zeitschrift), es für meine Pflicht, zu erklären, dass ich an der bona fides der genannten Herren bei der Demonstration ihrer hypnotischen Versuche keinen Zweifel hege, und dass ich demgemäss die *schroffe Form* meiner betreffenden Kritik bedauere. Da die Herren N. und S. sich jedoch leider nicht haben bereit finden lassen, ihre Versuche vor mir und einigen unparteiischen Zeugen zu wiederholen und somit mir die Möglichkeit benommen ist, etwaige Irrthümer meiner Ansicht zu corrigiren, so muss ich die *materielle Seite* meiner Behauptung, dass nämlich der in Rede stehende Versuch Fehler und Täuschungsmöglichkeiten offen liess, in vollem Maasse aufrecht erhalten.

Und das aus folgenden Gründen:

Erstens erschienen die den winkenden Bewegungen der Experimentatore nachfolgenden Ortsveränderungen der hypnotisirten Dame nicht nur mir, sondern einem grossen Theil der Gesellschaft bei weitem nicht präcise genug, um den Versuch der beiden Herren als gelungen zu bezeichnen. Ich bleibe bei der Behauptung, dass während der besagten Versuche nur ein unsicheres Hin- und Herschwanken der Dame und nicht mehr zu constatiren war.

Zweitens erinnerte sich die junge Dame, nachdem sie erwacht war, Alles dessen, was mit ihr während der Hypnose geschehen war; das hat sie nicht nur mir persönlich, sondern auch mehreren anderen Herren aus der Gesellschaft freimüthig erklärt und durch richtige Wiedergabe von Vorgängen aus der Zeit ihres hypnotischen Zustandes bewiesen. Dass aber hypnotische Versuche, die schliesslich durch Hypothesen wie die Annahme einer «Empfindung der Bewegung per se» oder die Wirkung «strahlender Wärme» (von einem menschlichen Körper auf einen anderen in einer Distanz von 6 bis 7 Fuss) erklärt werden sollen, nicht an Objecten ausgeführt werden dürfen, deren Bewusstsein in höherem oder geringerem Grade noch erhalten ist, und bei denen daher selbstständige Actionsfähigkeit aus eigner Initiative nicht sicher ausgeschlossen ist, das scheint mir nicht zu bestreiten.

Dass einem solchen Versuche die Qualification eines wissenschaftlichen Experimentes mangelt, und dass ich jeglichen Glauben an die Beweiskraft desselben verloren habe, kann Niemand wundern, der sich durch Erfolge nicht blenden lassen will, sondern ehrlich und kühlen Blutes vor Allem Kritik an die Bedingungen eines Versuches und an die Methode des Experimentes zu legen geneigt ist.

Die Behauptung der Herren N. und S., dass sie auf der Sitzung selbst hauptsächlich die Gehörsempfindung als denjenigen Reiz angeführt hätten, welcher bei ihren Versuchen auf die hypnotisirte Dame eingewirkt habe, wird durch das Protocoll der Sitzung nicht bestätigt.

Dass die Herren N. und S. nachträglich, (d. h. nachdem sie ihre Versuche schon eingestellt und andere Versuche des Dr. Lichonin gleichfalls stattgefunden hatten und wegen einer allgemein werdenden Discussion wieder unterbrochen worden waren), die Erklärung abgegeben haben, an eine magnetische oder sonstige geheimnissvolle Kraft nicht zu glauben, ist, wie ich aus dem Protocoll der Sitzung ersehe, allerdings richtig. Ich bedauere jetzt aufrichtig, dass mir, der ich mich unwillig von den den Schluss bildenden Demonstrationen abgewandt hatte, diese Erklärungen entgangen sind. Ich habe dadurch den Herren N. und S. die Möglichkeit gegeben, mir unverdienter Weise eine absichtliche, gehässige Entstellung ihrer, wie ich jetzt zugebe, lautern Absichten, zu insinuiren. Dehio.

Tagesereignisse.

— Am 10. Februar c. verstarb hierselbst der frühere Apotheker des Obuchow-Hospitals, Ernst Marnitz, im 84. Lebensjahre. Der Verstorbene hat von 1827—1877 die Apotheke des Obuchow-Hospitals verwaltet und zog sich im Jahre 1877, nachdem er sein 50jähriges Dienstjubiläum gefeiert, in den Ruhestand zurück.

— Der *St. Petersburger ärztliche Verein «Wratschebnaja Obschtschina»* hat in der Jahresversammlung am 23. Januar Dr. M. Schmelëw zum Präsidenten, Dr. Ssidorow zum Vicepräsidenten und Dr. Rybalkin zum Sekretären des Vereins gewählt. Die Protocolle des Vereins werden in den «Wratschebnija Wedomosti» veröffentlicht werden.

— Der Professor der operativen Chirurgie an der Universität Kijew, Geheimrath Karawajew, nimmt, nachdem er 40 Jahre als Professor thätig gewesen ist, seinen Abschied.

— Am 4. Februar ist in Charkow eine *Versammlung der Landschaftsärzte und Vertreter der Landschaften* von sechs Gouvernements eröffnet worden, welche über die gegen die Diphtheritis zu ergreifenden Massregeln berathen soll. Zur Theilnahme an den Berathungen sind ausserdem Professoren der medicinischen und naturwissenschaftlichen Facultät, sowie einige Aerzte des Ortes aufgefordert worden. Das Programm für die Berathungen ist von dem Professor der Hygieine in Charkow, Jacoby, entworfen worden.

— In Kijew ist Dr. Prozenko vom dortigen Bezirksgericht zu einer Geldstrafe und Arrest von einem Monat verurtheilt worden, weil er sich geweigert hat, einem kranken Kinde ärztliche Hülfe zu leisten.

— Zum Präsidenten der *chirurgischen Gesellschaft in Moskau* ist Dr. Ssawostizki gewählt worden.

Miscellen.

— Dr. Sahlmen (Wiedenbrück) beschreibt in der Berl. kl. W. № 7 einen in den Tagesblättern vielfach erwähnten Fall von Schlafsucht bei einem 26-jährigen Mädchen. Aus der Anamnese ist zu erwähnen, dass während eines Jahres wiederholte epileptische Anfälle dagewesen waren, die jedoch seit 3 Jahren weggeblieben. Der objective Befund gab keine erheblichen Abnormitäten; excessive Druckempfindlichkeit des linken Ovariums, Fluor albus, Retroflexion, sind hervorzuheben. Pat. verfällt in einen lethargischen Schlaf bei starrer Muskulatur, weiten Pupillen, leisem Athmen, normaler Temperatur (36,8). Aus diesem Schlaf ist sie durch kein Mittel zu erwecken, erwacht jedoch spontan nach 12—16—18—22 Stunden ohne irgend welche Erinnerung und gerirt sich als Gesunde, fühlt sich nur sehr schwach. Vom 27. December an blieb sie 11 Tage ununterbrochen in Lethargie, so dass Dr. S. die Schlundsonde zur künstlichen Ernährung versuchte. Nach dem Erwachen spie sie reichlich reines Blut, nahm Nahrung zu sich und verfiel wieder für 2 Tage in Schlaf. Jetzt erwacht sie gewöhnlich alle Tage, verschläft jedoch noch ²/₃ der Zeit.

— Prof. Credé (Leipzig) empfiehlt zur *Verhütung der Augenentzündungen der Neugeborenen* gleich nach der Geburt in die Augen der Neugeborenen einen Tropfen einer Lösung von Argentum nitricum (1 : 50) zu bringen, nachdem dieselben vorher mit Wasser gereinigt worden. Er lässt sodann noch 24 Stunden lang Umschläge mit Salicylwasser (2 : 100) machen. C. hat durch diese prophylaktische Desinfection der Augen der Neugeborenen selbst die besten Resultate erzielt, während seine früheren Versuche, die lästige Augenaffection der Neugeborenen dadurch zu verhindern, dass er die Vagina aller mit Vaginalkatarrhen behafteten Schwangeren und Gebärenden mittelst Carbol- und Salicylsäurelösungen desinficirte, nicht den gewünschten Erfolg hatte.

— Der nächste Cyclus der *Feriencurse für praktische Aerzte* in Berlin beginnt am 7. März und endigt am 17. April n. St. Schriftliche Auskünfte über dieselben ertheilt der Bureaubeamte Herr Anders (Berlin, S. W., Hagelsbergerstrasse 2.).

— Das Feuilleton der «Deutschen medicinischen Wochenschrift» № 4—6) enthält einen Aufsatz aus der Feder des früheren Dorpater Professors Adelmann über die zur Zeit bestehenden Einrichtungen für das Studium der Medicin an den Universitäten Russlands, mit einigen Vorbemerkungen.

Personal-Nachrichten.

Amtliche.

— *Befördert: Zum wirklichen Staatsrath:* Der Consultant am 1. Militärhospital zu Tiflis, Dr. med. Friedberg, unter gleichzeitiger auf eigenes Gesuch erfolgter Entlassung aus dem Dienst, mit Uniform; der jüng. Ord. am Nikolai-Militärhospital zu St. Petersburg, Dr. med. Traugott und der Oberarzt des Astrachanschen Militärhospitals, Dmitrjewski, unter gleichzeitiger, wegen Krankheit erfolgter Entlassung aus dem Dienst, mit Uniform. *Zum Staatsrath*: Der ält. Arzt der 2. Reserve-Kavallerie-Brigade, Winogradow, unter gleichzeitiger auf eigenes Gesuch erfolgter Entlassung aus dem Dienst mit Uniform; der Consultant am Nikolai-Marinehospital, Mischtold; der Arzt des Uralgebiets, Litukowski und der ält. Arzt des 47. Reserve-Infanterie-Bataillons, Seuberling.

— *Ernannt*: Der Oberarzt des Militärhospitals zu Tachkent, St.-R. Dr. med. Okolow — zum Arzt des Ssyr-Darja Gebietes und der Arzt des Militärhospitals zu Kasanlinsk, Prosskurjakow — zum Oberarzt des Militärhospitals zu Taschkent.

Vacanzen.

— *Eine Landschaftsarztstelle* im Kreise *Cholm* des Gouv. *Pleskau* ist vacant. Gehalt 1500 Rbl. jährlich. Nähere Auskunft ertheilt das Pleskauer Gouvernements-Landschaftsamt.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 15. Februar 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	950	350	1300
Alexander- «	759	164	923
Kalinkin- «	—	523	523
Peter-Paul- «	376	166	542
St. Marien-Magdalenen-Hospital	166	73	239
Marien-Hospital	294	465	759

Ausserstädtisches Hospital	443	151	594
Roshdestwensky-Hospital	49	30	79
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	341	159	500
4 zeitw. Hospitäler	604	131	735
Ausschlags-Hospital	12	10	22
Summa der Civilhospitäler	3994	2222	6216
Nikolai-Kinder-Hospital	51	53	104
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	76	91	167
Elisabeth-Kinder-Hospital	29	38	67
Summa der Kinderhospitäler	156	182	338
Nicolai-Militär-Hospital	661	14	675
Ssemenow'sches Militär-Hospital	310	—	310
Kalinkin-Marine-Hospital	293	—	293
Gesammt-Summa	5414	2418	7832
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	1309	312	1621
Scarlatina	30	23	53
Variola	9	6	15
Venerische Krankheiten	838	519	1357

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 8. bis 15. Februar 1881 besucht von 2031 Kranken, darunter zum ersten Mal von 870.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs
für die Woche vom 1. bis 7. Februar 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 696 (Todtgeborene 17). Durchschnittliche Sterblichkeit der Woche, für das ganze Jahr berechnet, beträgt 54,03 pro Mille der Einwohnerzahl, ohne Zugereiste aber 53,10.

Zahl der Sterbefälle:
1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
394	302	696	130	33	88	11	11	36	85	78	71	64	49	27	7	6

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 34, Typh. abd. 27, Febris recurrens 15, Typhus ohne Bestimmung der Form 18, Pocken 3, Masern 1, Scharlach 6, Diphtheritis 11, Croup 3, Keuchhusten 2, Puerperalkrankheiten 2, Dysenterie 0.

— Gehirnapoplexie 8, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 24, acute Entzündung der Athmungsorgane 100, Lungenschwindsucht 141, Gastro-intestinal-Krankheiten 102, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 29, Marasmus senilis 28, Pyämie und Septicämie 6.

— Tod durch Zufall 4, Selbstmord 0.

— Andere Ursachen 132.

Nächste Sitzung des allgem. Vereins St. Petersburger Aerzte, Dienstag den 24. Februar 1881.

Nächste Sitzung d. deutschen ärztlichen Vereins, Montag den 2. März 1881.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 21 Февраля 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh. Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

ST. PETERSBURGER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg, Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 9. St. Petersburg, 28. Februar (12. März). 1881.

Ueber die auscultatorischen Erscheinungen bei Stenose des linken Ostium venosum und über die Dämpfung des Percussionsschalles im oberen Theile der linken Parasternallinie.

Von

Prof. S. Botkin.

Die Mannigfaltigkeit der bei Stenose des linken Ostium venosum am Herzen auftretenden auscultatorischen Erscheinungen ist zuweilen eine so grosse, dass die Diagnose dieser anatomischen Läsion erschwert werden kann. Unzweifelhaft kann diese ohne jedes hörbare Geräusch verlaufen, wenn auch nur recht selten, da ich während meiner 20jährigen Thätigkeit in meiner Klinik nur *einen* solchen Fall an einem, an caseöser Spitzenpneumonie leidenden jungen Manne erlebt habe. Die Section ergab hier neben einer umfangreichen Zerstörung der linken Lungenspitze eine bedeutende Verengerung des linken venösen Ostiums in Folge einer chronischen sclerosirenden Endocarditis; der linke Vorhof war erweitert, seine Wände hypertrophisch, ausserdem fand sich eine Hypertrophie mit Dilatation des rechten Ventrikels. Ich muss übrigens hinzufügen, dass die durch die Stenose bedingten Veränderungen am linken Atrium und dem rechten Ventrikel im gegebenen Falle nicht so sehr ausgesprochen waren, wie wir sie sonst bei derartigen hochgradigen Stenosen gewöhnlich sahen. Am lebenden Kranken war nur eine geringe Vergrösserung des Querdurchmessers des Herzens und ein scharf accentuirter 2 Pulmonalarterienton constatirt worden.

Es wurde im Verlaufe des gegenwärtigen akademischen Semesters ein junger Mann mit Zeichen einer Insufficienz der Semilunarlappen der Aorta und einer gleichzeitigen Stenose des linken venösen Ostiums in die Klinik aufgenommen. Das bestehende scharfe präsystolische Geräusch an der Herzspitze verschwand in den ersten 2 Wochen, der Accent beim 2. Tone der Pulmonalarterie dauerte aber fort, wobei an der Herzspitze ein leichtes Schnurren palpirt werden konnte. Trotz der Veränderung in den auscultatorischen Symptomen blieben die Symptome der Aortenklappeninsufficienz, wie das diastolische Geräusch über der Aorta. Der hüpfende Puls der peripheren Arterien, das Fehlen des 2. Tones in den Carotiden waren sehr deutlich ausgeprägt, die, besonders im queren, theilweise aber auch im longitudinalen Durchmesser vergrösserte Herzdämpfung blieb sich aber im Ganzen, trotz der verminderten auscultatorischen Erscheinungen gleich. Der Kranke starb an einer acuten ulcerösen Endocarditis und die Section ergab eine so hochgradige durch chronische Endocarditis vegetativa hervorgerufene Stenose des linken Ostium venosum, dass die Spitze einer Gänsefeder in die Oeffnung nicht eindringen konnte. Derselbe Process hatte auch die Semilunarklappen der Aorta insufficient gemacht, was durch die bekannte Probe mit Eingiessen von Wasser in den linken Ventrikel constatirt wurde. Der linke Ventrikel zeigte eine mässige Erweiterung seiner Höhle und Hypertrophie seiner Wände: dagegen wiesen der rechte Ventrikel und das rechte Atrium bedeutende Veränderungen auf, wie man sie bei hochgradigen Stenosen des linken Ostium venosum anzutreffen pflegt. Interessant ist, dass trotz der fortbestehenden, durch die Section nachgewiesenen anatomischen Läsion die charakteristischen physikalischen Zeichen derselben fast vollkommen schwanden und wäre der Kranke einige Tage später der Klinik zugegangen, so wäre nur die Insufficienz der Aortenklappen erkannt worden; nur die Vergrösserung des Queerdurchmessers des Herzens hätte vielleicht einen Zweifel an der isolirten Erkrankung der Aortaklappen aufkommen lassen. Viel häufiger beobachtet man umgekehrt das Verschwinden der Symptome einer Insufficienz der Aortaklappen, wenn im Verlaufe der Krankheit sich die Endocarditis ausbreitet und eine Stenose des linken venösen Ostiums setzt; es verschwindet dann nicht selten mit dem Auftreten des charakteristischen Geräusches an der Herzspitze das diastolische an der Aorta, während die Vergrösserung im Längsdurchmesser der Herzdämpfung fortbesteht.

In recht vielen Fällen von Stenose des linken venösen Ostiums folgen die Töne und Geräusche einander so rasch, dass bei der Auscultation selbst einem geübten Ohre die Entscheidung schwer fällt, bei welchem Momente der Herzcontraction das betreffende Geräusch entsteht. Die charakteristische Länge der Pause zwischen Systole und Diastole verschwindet bei einer gewissen Geschwindigkeit der Herzcontractionen und kann unter solchen Umständen der systolische Ton vom diastolischen nicht unterschieden und der Entstehungsmoment der Geräusche nicht bestimmt werden. Unwillkürlich denkt man beim Behorchen eines solchen Herzens an eine Schmiede, an eine mechanische Werkstätte in welchen der Lärm der Dampfmaschine, das Klopfen der fallenden Lasten in ein allgemeines Sausen und Brausen zusammenfliessen. Ich habe die Erscheinungen nur bei Stenose des linken Ostiums beobachtet und halte sie für ein pathognomonisches Symptom dieser anatomischen Läsion. Verlangsamt sich der Rhythmus der Herzbewegungen, so werden diese Anfangs unfassbaren Töne und Geräusche deutlicher und hört man dann an der Herzspitze vor dem systolischen Tone ein deutliches blasendes Geräusch, das zuweilen lang gezogen die ganze grosse Pause ausfüllt, zuweilen aber auch ganz kurz dem systolischen Tone vorangeht. Dieses präsystolische Geräusch endet gewöhnlich mit dem scharf accentuirten systolischen Tone; meist fühlt man gleichzeitig mit diesem Geräusche ein mehr oder weniger deutliches Schwirren in der Herzgegend. Das präsystolische Geräusch, die Accentuirung des systolischen Tones an der Herzspitze und des 2. Tons der Pulmonalarterie kommen in der Majorität der Fälle von Stenose des linken Ostium venosum vor.

Ist diese sehr ausgebildet, so tritt besonders im Stadium der Compensationsstörungen neben dem eben beschriebenen präsystolischen noch ein anderes, dem systolischen Ton nachfolgendes Geräusch auf. Dieses postsystolische Geräusch ähnelt dem Charakter nach sehr dem präsystolischen, doch pflegt es kürzer und weniger präcise zu sein; es ist auch weniger beständig, zuweilen Tage lang während eingetretener Compensationsstörungen zu hören und verschwindet mit der Regulirung der Blutcirculation. Das postsystolische Geräusch entgeht zuweilen seiner Schwäche und kurzen Dauer wegen dem Beobachter, zuweilen ist es so deutlich, dass es zu falschen Diagnosen Anlass giebt, wie es mir zu einer Zeit geschah, als ich diese, bei Stenose des linken venösen Ostiums vorkommenden postsystolischen Geräusche noch nicht kannte. Ich fand dieses Symptom bei einem jungen Subjecte, das von Jugend auf an Cyanose und Dyspnoe gelitten hatte; ich fand bei der Untersuchung eine bedeutende Vergrösserung der Herzdämpfung besonders im Querdurchmesser und zwei Geräusche an der Herzspitze, von denen das eine die grosse, das andere die kleine Pause ganz ausfüllte und glaubte einen angeborenen Herzfehler mit freier Communication beider Ventrikel vor mir zu haben. Die Kranke befand sich im Stadium der Compensationsstörung; die Section ergab hochgradige Verengerung des linken Ostium venosum und Dilatation des hypertrophischen rechten Ventrikels. In diesem Falle war das postsystolische Geräusch besonders deutlich zu hören und schwankte je nach dem Zustande des Kranken in seiner Stärke. In der Periode der Compensationsstörungen bei Stenose des linken Ostium venosum tritt dieses postsystolische Blasen oft, aber nicht immer deutlich auf, so dass es zuweilen nicht wahrgenommen wird.

In den Fällen von Stenose des linken venösen Ostiums, in welchen die Töne und Geräusche in unfassbarer Reihenfolge erscheinen, kann man bei Verlangsamung der Action in einzelnen Fällen deutlich erkennen, dass die blasenden Geräusche vor und nach der Systole entstehen. Wird die Herzaction gleichförmiger, so verschwindet das postsystolische Geräusch, während das constantere und charakteristischere präsystolische bestehen bleibt. Dieses wird durch sein Auftreten vor der Contraction der Ventrikel, also während der Zusammenziehung der Vorhöfe ausreichend erklärt, das postsystolische Geräusch dagegen kann meiner Meinung nach nur in der Weise entstehen, dass der Verhof auch nach erfolgter Ventrikelcontraction sich weiter zusammenzieht; die Zusammenziehung der Kammer sistirt offenbar den Effect der Atriumcontraction. Der ausgedehnte und gewiss nicht genügend kräftige Vorhof hat nicht die nöthige Zeit, um das Blut durch das verengte Ostium zu treiben und beendigt seine Arbeit erst, nachdem der Ventrikel sich contrahirt hat; es entsteht auf diese Weise das postsystolische Geräusch in den Fällen von Stenose des linken venösen Ostiums, in welchen die anatomische Läsion nicht vollkommen compensirt wird und das linke Atrium den Inhalt seiner Höhle nicht bis zu dem Augenblicke, in welchem sich die Kammern contrahiren, entleeren kann, sondern nach der Kammersystole sich weiter zusammenzieht. Die Voraussetzung einer Incongruenz der Zahl der Contractionen des Ventrikels und des Vorhofs erscheint unter Berücksichtigung der von der Experimentalphysiologie gelieferten Thatsachen recht plausibel. Bekanntlich kann unter gewissen Verhältnissen die gewöhnliche Reihenfolge der Contractionen der einzelnen Herzabschnitte derart gestört werden, dass auf *eine* Zusammenziehung des Ventrikels *mehrere* solche des Vorhofs auftreten, dass endlich die Kammern ganz zu schlagen aufhören, während die Vorhöfe weiter arbeiten. Die Physiologie erkennt sogar die Möglichkeit einer nicht gleichzeitigen Contraction der Ventrikel an, indem nach Unterbindung einer Kranzarterie die Zahl der Contractionen des, mit Blut nicht mehr versorgten Ventrikels abnimmt. Es ist daher die oben angenommene Vermehrung der Contractionen der Vorhöfe gegenüber denen der Ventrikel in höchstem Grade wahrscheinlich, wodurch denn auch das Auftreten des postsystolischen Geräusches erklärt wird. Dieses kann als der Ausdruck ungenügender Kraft des linken Vorhofs aufgefasst werden; es gelingt diesem eben nicht, das in ihm enthaltene Blut zum Momente der Ventrikelcontraction auszutreiben.

Bei Stenosen des linken venösen Ostiums trifft man gewöhnlich in Folge von Hypertrophie und Dilatation des rechten Ventrikels eine mehr oder weniger ausgesprochene Vergrösserung des queren Herzdurchmessers; zugleich ist auch der Längsdurchmesser, besonders an der oberen Grenze der Herzdämpfung vergrössert, während deren untere Grenze in den Fällen von Stenose des linken venösen Ostiums verlängert ist, in welchen durch unabhängige Ursachen der linke Ventrikel eine grössere Arbeit leisten muss, hypertrophirt und eine Dilatation seiner Höhle aufweist; meist ist aber der linke Ventrikel in Folge der verminderten

Blutzufuhr kleiner als normal. Die obere Grenze der Herzdämpfung ist in den meisten Fällen von Stenose des linken venösen Ostiums in der linken Parasternallinie höher als normal gelegen, es wird hier nicht selten eine mehr oder weniger scharf ausgeprägte Dämpfung angetroffen, welche manchmal gleich unter dem Schlüsselbein, manchmal aber auch 1—1½—2 Querfingerbreit unterhalb desselben beginnt und mit der absoluten Herzdämpfung auf der 3. Rippe zusammenfliesst. Die absolute Herzdämpfung reicht gewöhnlich bis zur Medianlinie, nach aussen 1½—2 Querfingerbreit über die linke Parasternallinie und nimmt auf diese Weise einen Raum von 2—3, zuweilen sogar von 4 Querfingerbreit ein. Zuweilen kann diese Dämpfung, wenn sie nicht sehr deutlich ist, bei wiederholten Inspirationen verschwinden; dann hört man zuweilen bei den ersten Athemzügen Subcrepitiren, welches bald verschwindet, gewöhnlich aber wieder auftritt, wenn der Kranke einige Zeit lang oberflächlich geathmet hat. Dieses Verschwinden der absoluten Herzdämpfung und das Auftreten von subcrepitirenden Geräuschen ist begründet im Collaps des Lungengewebes am gegebenen Ort in Folge ungenügender Ausdehnung der Lungenzellen.

Wahrscheinlich hindert der erweiterte linke Vorhof bei Stenose des linken Ostium venosum das Lungengewebe, sich zu erweitern, und bedingt auf diese Weise eine locale Atelectase; in anderen Fällen unterliegt das Lungengewebe in allen seinen Theilen dem Drucke des vergrösserten Herzens und setzt deshalb, da es gleichmässig comprimirt wird, keine örtlichen Atelectasen; dann beginnt die obere Grenze der Herzdämpfung bei Erweiterung des linken Vorhofs auf der 2. Rippe, zuweilen auch etwas höher und ist dann nur absolute Leere des Schalles zu hören.

Die begrenzte Atelectase der Lunge in der linken Parasternallinie, welche sich in der eben beschriebenen, oberhalb des absoluten leeren Herzschalles auftretenden Dämpfung kund giebt, fällt gewöhnlich mit verschiedenen Störungen der Herzthätigkeit zusammen, welche auf eine ungenügende Entleerung des linken Vorhofs und eine daraus resultirende mangelhafte Ausdehnung des oberen vorderen Theiles der linken Lunge schliessen lassen. In vielen Fällen von dyspnoischem sogenanntem nervösem Herzklopfen findet man in der linken Parasternallinie einen kürzeren Percussionsschall, zuweilen auch verkürzte Inspiration und zuweilen auch subcrepitirende Geräusche, welche bei wiederholtem Athmen gleichzeitig mit Abschwächung oder Aufhebung der Dämpfung verschwinden. Ich habe öfters eine Veränderung der Herzgrenzen in Anfällen von Stenocardie öffentlich demonstriren können; dann war gewöhnlich der Querdurchmesser der Herzdämpfung vergrössert, der Längsdurchmesser mehr oder weniger nach unten ausgedehnt. Wurde dabei die obere Grenze der Herzdämpfung nicht durch gesteigerte Thätigkeit der Inspirationsmuskeln maskirt, so konnte eine Ausdehnung des Längsdurchmessers auch nach oben constatirt werden.

In frischen Fällen, in welchen die Anfälle nicht häufig und kurzdauernd waren, kehrten die Grenzen der Herzdämpfung mit der Verminderung der Dyspnoe und dem Auftreten einer grösseren Blutwelle in den Gefässen zur Norm zurück, bei gehäuften Anfällen aber blieb die Dämpfung in der Parasternallinie auch nach Verschwinden derselben nach, zuweilen blieb auch der Querdurchmesser des Herzens vergrössert.

Die Anfälle von Palpitationen ohne deutliche anatomische Basis setzen sehr verschiedenartige Symptome, bald wird bekanntlich die beschleunigte Herzthätigkeit vom Kranken selbst gar nicht empfunden, bald ist das Gefühl der Palpitation und der Dyspnoe selbst bei nicht allzu heftiger Herzcontraction sehr ausgebildet, bald werden diese lebhaft, aber ohne gleichzeitigen Lufthunger empfunden. Bei den meisten Fällen von Palpitationen, welche mit Dyspnoe einhergehen, wird eine Dämpfung in der linken Parasternallinie und eine Vergrösserung des Querdurchmessers des Herzens gefunden.

Es scheint, dass in verschiedenen Fällen von beschleunigtem Herzrhythmus die einzelnen Herzabschnitte nicht gleichmässig ihren Inhalt entleeren. Bei Störungen der Herzthätigkeit, wenn während der Anfälle von Palpitation der Gasaustausch in den Lungen ein mangelhafter wird, kann man annehmen, dass der linke Vorhof oder der rechte Ventrikel ungenügend arbeiten; hierbei wurde die Blutbewegung im kleinen Kreislauf verlangsamt, sei es nun durch unvollständige Entleerung des linken Vorhofes und consecutive Hemmung des Blutaustritts aus den Lungenvenen und weiter aus den Verzweigungen der Lungenarterie oder durch ungenügende Entleerung des rechten Ventrikels und dadurch bedingte Verlangsamung des Blutlaufs in den Verästelungen der Pulmonalarterie, in beiden Fällen tritt immer eine mehr oder weniger hochgradige Dyspnoe auf. Bei solchen Kranken findet man während eines Anfalls von Palpitationen eine mehr oder weniger ausgedehnte Dämpfung in der linken Parasternallinie, zuweilen auch gleichzeitig eine Vergrösserung des queren Herzdurchmessers; nach Ablauf des Anfalls wird der Umfang des Herzens kleiner.

Die Anwesenheit nervöser (automatischer) Apparate in den verschiedenen Abschnitten des Herzens lassen die Annahme einer Störung der Thätigkeit eines solchen Einzeltheils des Herzens zu, namentlich wenn man die verschiedenen klinischen Bilder des auf gestörter Innervation beruhenden Herzklopfens berücksichtigt; diese lassen die Existenz eines verschiedenen Verhaltens der einzelnen Herzhöhlen zu den mannigfaltigen Fällen von Beschleunigung des Herzrhythmus voraussetzen.

Ich glaube, dass in den Fällen von Herzklopfen, welche mit Dämpfung in der linken Parasternallinie und Dyspnoe verlaufen, die nervösen Hemmungsapparate des linken Vorhofs eine wesentliche Rolle spielen und zwar durch Erschwerung des Blutlaufs im kleinen Kreislauf. Vergrössert sich bei beschleunigter Herzthätigkeit Anfangs besonders der Querdurchmesser der Herzdämpfung, so scheint mir der im rechten Ventrikel befindliche nervöse Hemmungsapparat der Urheber dieser Erscheinungen zu sein; etwas Aehnliches würde ich für den linken Ventrikel, wenn dessen Volumen während der Anfälle sich vergrösserte, annehmen. Die Herzcontractionen folgen rascher auf einander, werden aber im Einzelnen schwächer; der linke Ventrikel stösst eine geringere Menge Blutes aus, die Pulswelle in den peripheren Arterien wird niedriger und zuweilen gar nicht gefühlt, weil die Contractionen der linken Kammer dann ungleichmässig und manchmal so unvollständig sind, dass der tastende Finger die Blutwelle nicht fühlt. Zuweilen zieht die mangel-

hafte Entleerung des linken Ventrikels auch eine solche der übrigen nach sich, in anderen, mit Dyspnoe complicirten Fällen liegt die Ursache zur Verlangsamung des kleinen Kreislaufs im linken Atrium oder dem rechten Ventrikel. Endlich giebt es unzweifelhaft Fälle von Herzklopfen und Dyspnoe, in welchen während des Anfalls sämmtliche Herzhöhlen ihren Inhalt ungenügend entleeren und die Herzdämpfung sich nach allen Richtungen hin erweitert zeigt.

In den meisten frischen Fällen von Basedow'scher Krankheit habe ich eine Dämpfung in der linken Parasternallinie als Resultat einer Vergrösserung des linken Vorhofs beobachtet; im weiteren Verlaufe der Affection konnte ich eine allmähliche Zunahme des Querdurchmessers und schliesslich eine solche des Längsdurchmessers der Herzdämpfung in Folge einer Vergrösserung des linken Ventrikels nachweisen. Die meisten, an dieser Krankheit leidenden Personen beklagen sich auch über Dyspnoe sofort nach dem ersten Auftreten der Palpitationen. Würden die einzelnen Herzhöhlen bei beschleunigter Herzaction gleichmässig zusammen arbeiten, so müsste das betroffene Subject wohl das Gefühl einer mehr oder weniger beschleunigten Herzaction, aber nicht das der Athemnoth haben, weil ja keine genügende Ursache für eine Störung im Gaswechsel der Lungen vorhanden sein kann. Es tritt diese Störung als Resultat eines erschwerten Abflusses aus den Verzweigungen der Lungenarterien auf, bildet die wesentliche Grundlage der bei Herzpalpitationen vorkommenden Dyspnoe und beruht auf der ungenügenden Energie des linken Atriums, des rechten oder linken Ventrikels oder aller dieser 3 Herzhöhlen zusammen.

Referate.

Schotte und Gärtner (Kiel): Wie viel Carbolsäure oder wie viel schweflige Säure in Gasform ist nöthig zur Tödtung kleinsten Lebens? (Deutsche Vierteljahrschrift f. öffentl. Gesundheitspflege. XII. Bd. Heft 3. 1880).

A. Wernich (Berlin): Ueber Wahl und Ausführung von Desinfectionsmaassregeln. (Ibid. Bd. XII, Heft 4 (erste Hälfte) 1880.)

In beiden Arbeiten wird, von der Ansicht ausgehend, dass Mikroorganismen die Träger der Infection, besprochen, welche Mittel sich am Besten zur Desinfection in grösserem Maasstabe eignen. Schotte und Gärtner haben dabei besonders die Desinfection von Schiffsräumen im Auge und benutzten sie daher ausser im Fleischaufguss und Urin gezüchtete Bacterien, auch die im «Bilgewasser» (das sich im Kielraum der Schiffe befindet) entstandenen.

Nachdem Flanellstreifen mit stark bacterienhaltigen Flüssigkeiten getränkt und getrocknet, wurden dieselben in einem Kellerraum aufgehängt, wo die betreffenden Dämpfe entwickelt wurden. Um zu controlliren ob die Bacterien getödtet, wurden unter besonderen Cautelen die Flanellstreifen nachträglich in Pasteur-Bergmann'sche Nährflüssigkeit gebracht und beobachtet, ob sich Trübung einstellte. Von den ausführlich beschriebenen Versuchen beziehen sich 16 auf Carbolsäure und 9 auf schweflige Säure. Während letztere durch Abbrennen von Schwefel erzeugt wurde, erhielt man die Carboldämpfe durch Erhitzung krystallisirter Carbolsäure.

Die Resultate der Versuche S. und G's lassen sich in folgender Weise zusammenfassen:

Die *Carbolsäure* lässt sich schwer verdunsten, sie kocht erst bei 180° C. und beruht ihre Feuergefährlichkeit darin, dass sie mit Feuer zusammengebracht mit langer, stark russender Flamme brennt. *Schwefel* verbrennt bei einiger Vorsicht leicht vollständig, doch empfiehlt es sich nicht, grössere Quantitäten an einem Ort anzuhäufen [1]).

6 Stunden nach der Gasentwickelung war der Raum schon wieder soweit von Gas befreit, dass er ohne Beschwerden betreten werden konnte. Die Gasen ausgesetzten Zeuge, wie auch die zur Controlle hingehängten Lederstücke und mit Farben bestrichenen Bretter wurden nicht verändert, und reagirten die Zeuge, angefeuchtet, sauer. Nur blankes Eisen wurde von Schwefel geschwärzt und rostet leicht. Je höher die Gegenstände aufgehängt, um so geringere Quantität war zum Tödten der Bacterien nöthig. Während bei 5' Höhe *7,5 Grm. Carbolsäure* resp. *15 Grm.* Schwefel genügten, brauchte man bei am Boden befindlichen Gegenständen 15 Grm. Carbols. resp. 29 Grm. Schwefel. Absolut trockene Sachen wurden schwerer desinficirt als angefeuchtete, und kommen Vf. zur Frage, ob es nicht leichter sein würde, die Bacterien durch saure resp. alkoholische Flüssigkeiten zu tödten, als durch gasförmige Desinfection und hoffen, dass in dieser Richtung weiter gearbeitet werden wird. Für Schiffe halten sie die Desinfection mit den genannten Gasen für nicht absolut sicher.

Wernich knüpft an den unlängst von Hoffmann aufgestellten Satz an: *eine höhere Ausbildung der technischen Methodik* werde das Ziel der wahren Desinfection erreichbarer machen.

Bevor wir zur Ausübung der Desinfection schreiten, ist es wichtig, klar zu stellen, welche Merkmale der Infectionsgefährlichkeit wir besitzen und welche Ziele wir verfolgen. Solange wir den Träger des *Krankheitsgiftes* untrennbar von diesem mit beeinflussen müssen, wird sich das Desinficiren nur graduell von einer Zerstörung des *Krankheitsträgers* unterscheiden, und wir kennen erst sehr wenige demonstrable isolirte Krankheitserreger. Während im Kampf gegen das Bacterienleben in schon inficirten Stoffen oft vergeblich, haben wir darnach zu trachten, durch rechtzeitiges Imprägniren der zur Aufnahme von Organismen bereiten Nährflächen mit ihnen feindlichen Substanzen einer Entwickelung der Bacterien vorzubeugen. Indem Vf. sich zur Besprechung der anzuwendenden Maassregeln wendet, schlägt er für *alle relativ werthlosen Gegenstände — Verbrennung* vor. Die *Excremente* hält Vf. nicht für besonders beachtungswerthe Infectionsträger, da bedeutende Vermehrung der Krankheitserreger in denselben mit gleichzeitiger Beibehaltung ihrer bedenklichen Eigenschaften nach mikroparasitologischen Erfahrungen unmöglich. Bei *Desinfection einen Werth präsentirender Gegenstände* verwirft Vf. entschieden das *Chlor.* und empfiehlt die *schweflige Säure.* Bei c. 4 Volumprocenten (= 57,2 Grm. Schwefel pro Cbmet.) trat nach 200 Minuten Einwirkung keine Bacterienreproduction mehr ein, (nach den Versuchen des Vf.), wobei er den Wassergehalt der Luft als genügenden Feuchtigkeitsgrad für die Gegenstände ansieht (entgegen Hoffmann). Auch das Desinficiren *durch hohe Hitze* erkennt Vf. an, jedoch hörte bei seinen Versuchen die Reproductionsfähigkeit der Bacterien erst auf, wenn die Gegenstände *5 Minuten lang einer Hitze von 125—150°* C. ausgesetzt waren. Die Desinfection von geschlossenen Räumen ist Sache der Techniker. Einen Kampf zur Desinfection von Brunnen, Gewässern und der Luft hält Vf. für vergeblich. P.

Prof. H. Senator: Zur Kenntniss und Behandlung des Pneumothorax. (Z. f. kl. M. II. Bd. 2. Heft.)

S. spricht sich über einige Punkte in der Lehre vom Pneumothorax aus unter Beibringung von casuistischen Belegen.

1. Das Exsudat beim Pneumothorax ist gar *nicht selten serös*, also nicht immer Pneumopyothorax, sondern Pneumosero- oder hydrothorax, — sogar bei Phthisikern.
2. Bei einseitigem Pneumothorax kommt oft doppelseitige Pleuritis, auch frische Pericarditis vor.
3. Während der durch Verletzung der Brustwand entstandene Pneumothorax meist zu einem fauligen Exsudat führt, ist das Exsudat beim *Pneumothorax pulmonalen Ursprungs nur selten putrid.* Den Grund für dieses Verhalten findet S. in dem zelligen, schwammigen Bau der Lunge, welcher die der Luft beigemischten Schädlichkeiten ähnlich einem Wattebausch zurückhält, — und in dem hohen Kohlensäuregehalt der Lungenluft.
4. Die Möglichkeit einer spontanen Entstehung von Pneumothorax in einer Exsudat enthaltenden geschlossenen Pleurahöhle giebt S. zu, hat das Factum aber nicht beobachtet.
5. Bezügl. der *Behandlung* hält sich Senator an folgende Grundsätze: Die Entleerung der *Luft* durch Punktion ist unter keinen Umständen indicirt, — bei reinem Pneumothorax oder gleichzeitigem geringen Erguss ist überhaupt gar kein Eingriff nöthig. Bei Pneumothorax mit Exsudat ist zunächst Resorption der Luft abzuwarten. Danach Entleerung der Flüssigkeit durch Punction; erweist sich das Exsudat serös, entleere man durch Aspiration, — ist sie eitrig, so versuche man das Gleiche, nöthigenfalls wiederholt, — ist sie putrid, so mache man sogleich den Brustschnitt.

S. bedient sich zur Punktion eines ähnlichen Verfahrens wie Baelz, — nur nimmt er statt des Troicart eine Hohlnadel mit 2 Ansätzen und lässt statt Thymol Salicyl-Wasser einlaufen.

(An diesen Vortrag knüpfte sich in der Sitzung der Berl. med. Ges. vom 20. Oct. eine Discussion, in welcher sich Guttmann und Ewald im Allgemeinen zustimmend aussprachen; letzterer betonte als einzige Ursache der ausbleibenden Putrescenz im Pneumopyothorax die Filtration der Luft in den Lungen. Berl. kl. W. № 52.)

—o—

Leube und Fleischer: Ein Beitrag zu der Lehre von der Leukaemie. (Virch. Arch. Bd. 83, S. 124).

Neumann hat in den letzten Jahren bekanntlich darzuthun versucht, dass die eigenthümliche Knochenmarksveränderung bei Leukaemie nicht eine secundäre Folgeerscheinung sondern vielmehr die

[1]) In dieser Beziehung ist es praktisch, den Schwefel geschmolzen auf Leinwand zu streichen, wie Erismann es vorschlägt. (Ref.)

einzig constante, bisher unbekannt gebliebene Quelle der Blutveränderung sei, die sich jedesmal auch dann vorfände, wenn Milz- und Lymphdrüsenapparat gesund befunden werden. Diesem Dogma von der Constanz der Knochenmarksveränderung und von der event. Nothwendigkeit lienaler oder lymphatischer Veränderungen bei der Leukaemie sind Rottmann und Biesiadecki mit der Behauptung entgegengetreten, dass nicht pathologisch-anatomische Veränderungen der sogenannten blutbildenden Organe, sondern vielmehr die *selbständige Erkrankung des Blutes* das Wesen der Krankheit ausmache. Die Verf. berichten nun einen Fall von Leukaemie, welcher die letztere Hypothese zu stützen scheint. Bei einer bis dahin kräftigen und gesunden Frau entwickeln sich 4 Monate nach einer normalen Geburt ohne nachweisbare Ursachen die Erscheinungen einer ziemlich schnell zunehmenden Anämie; zu gleicher Zeit tritt Schmerzhaftigkeit der linken Tibia und der Fusswurzelknochen auf — ein für die medullare L. diagnostisch werthvolles Merkmal. Die Vergrösserung der Leber, Milz und Lymphdrüsen fehlt bis zum Tode. Im Blut dagegen ist die Zahl der rothen Blutkörperchen bedeutend vermindert, die der weissen absolut und relativ vermehrt. Die Section ergiebt hochgradige Anämie der sämmtlichen inneren Organe, vorgeschrittene Degeneration der Herzmuskulatur, keine Veränderung der Leber, Milz und Lymphdrüsen, ein chronisches Magengeschwür; *Rothes hyperplastisches Knochenmark* mit zahlreichen kernhaltigen rothen Blutkörperchen, zahlreichen Markzellen und nicht vermehrten weissen Sphären.

Die Verf. geben ausführlich die Gründe, wegen welcher das Krankheitsbild nicht als acute perniciöse Anämie aufgefasst werden könne und meinen, es rede dasselbe jener Auffassung der Leukaemie als selbstständige Bluterkrankung entschieden das Wort. Au.

Luton: Die Behandlung des Alkoholismus mit schwefelsaurem Strychnin. (Bullet. de thérap. 1880, p. 241—50.)

L. injicirt beim Delirium alcoholicum 0,005 pro dosi und wiederholt nöthigenfalls die Gabe 2—3 Mal in 24 Stunden, innerlich giebt er das Mittel bis zu 0,03 einige Mal täglich oder 0,15—0,20 Extr. nucis vomicae oder 4,0—8,0 Tct. nucis vomicae. Diese grossen Gaben sollen ganz ungefährlich sein und höchstens leichte tetanische Zuckungen hervorrufen. Gegen die Initialsymptome des chronischen Alkoholismus soll das Strychninsalz geradezu ein souveraines Mittel sein und sollen bei Dyspepsie, Magenbeschwerden, Schlaflosigkeit, Muskelzittern etc. einige Tropfen der Tinctur vor der Mahlzeit gegeben, genügen, um diese lästigen Symptome zu beseitigen. Als Prophylacticum gegen Alkoholismus räth L. den bittern Schnäpsen kleine Menge Strychnin zuzusetzen. (Wratsch № 42.)

Rossbach: Anästhesirung des Kehlkopfs. (Wiener Pr. 1880, p. 1265—67.)

R. injicirt behufs Anästhesirung des Kehlkopfs vor laryngoskopischen Operationen in die Gegend des inneren Astes der N. laryngeus superior, dort wo dieser durch die Membrana hyothyreoidea in den Kehlkopf unter dem grossen Horn des Zungenbeins eintritt, beiderseits 0,005 Morphium und erhält auf diese Weise ohne jegliche Allgemeinerscheinungen in kurzer Zeit eine derartige Anästhesie der Membran, dass sie ohne irgend welche Störungen durchschnitten werden konnte. Aehnliche gute Resultate erhielt R. durch gleichzeitiges Abkühlen der beiden Punkte durch Aether vermittelst des Richardson'schen Apparats. Er konnte danach 1—2 Minuten lang ohne jegliche Reaction mit der Sonde jeden beliebigen Punct des Kehlkopfsinnern berühren. (Wratsch № 42.)

Russische medicinische Literatur.

№ 38. **Westnik Wodoletschenija.** Februar-Heft 1881.
Inhalt: a Dumontpallier: Abkühlung des menschlichen Körpers mittelst des Apparates von Dumontpallier und Galant.
b) E. Lewiss: Hydrotherapeutische Skizzen (Forts.)
c) Güntz: Ueber den Einfluss der Dampfbäder auf die Ausscheidung des Quecksilbers bei Quecksilberkranken. (Nach einer Monographie dieses Verf. zusammengestellt).
d) Angerstädt: Einfluss der körperlichen Uebungen auf die Muskulatur und das Nervensystem.
e) F. Weber: Ueber die Heilmittel der Bäder von Staraja Russa.
f) J. Seidowski: Die Sanitätsstation und Kumyssanstalt in Slawuta.
g) E. Lewiss: Beschreibung hydrotherapeutischer Apparate.

№ 39. **Wratsch.** № 8.
Inhalt: a. A. Wirenius: Einfluss der Schule auf Formveränderungen des Brustkorbes bei Schulkindern.
b) E. Bidder: Mechanische Hülfe bei vernachlässigten Querlagen. (Schluss).
c) G. Herzenstein: Sanitätszustände im letzten russ.-türkischen Kriege. (Forts.)
d) S. Ssawizki: Eine von den Quellen des Hospitalstaubes.

№ 40. **Wratschebnija Wedomosti.** № 7.
Inhalt: a. M. Stukowenkow: Die locale Behandlung der Rose mit Argent. nitr. (Schluss).
b) P. Kowalewski: Verbrechen eines Idioten. (Schluss).
c) Th. Mjerny: Ein Fall von Hydrophobie mit langer Incubationsperiode.

№ 41. **Wojenno-Medicinski Journal.** December-Heft 1880.
Inhalt: a. N. Schmidt: Materialien zur pathologischen Anatomie der Sehnenscheiden (Schluss).
b) W. Bechterew: Temperaturmessungen bei einigen Formen von Geisteskrankheiten.
c) S. Danillo: Zur patholog. Anatomie des Rückenmarks bei Phosphorvergiftung.
d) A. Schmidt: Bemerkenswerthe Fälle aus der gynäkologischen Praxis. (Schluss).
e) W. Kusmin: Bericht aus der chirurg. Klinik des Prof. Sklifassowski. (Schluss).
f) J. Pantjuchow: Klimatologische Beobachtungen auf der Balkan-Halbinsel in den Jahren 1877 und 78.
g) D. Welitschkowski: Bericht über die Thätigkeit des temp. Mil.-Hospit. № 56 u. s. w. (Schluss).

№ 42. **Sitzungsprotocolle der Conferenz der Kais. medico-chirurgischen Academie pro 1879.** St. Petersburg 1880. Als Beilage zu denselben:
a. M. Kapustin: Bestimmung der Kohlensäure in der Luft mittelst einer spirituösen Lösung von Aetznatron und Titrirung mit Wasser.

№ 43. A. Perewosnikow: Ueber die Synthese des Fettes im thierischen Organismus. Doct.-Diss. St. Petersb. 1880.

№ 44. M. Ssudakow: Ueber die Beziehung der tuberculösen Geschwüre des Darms zu den Geschwürsprocessen der Lungen. Doct.-Diss. St. Petersb. 1880.

№ 45. P. Nowizki: Ueber die ableitende Wirkung der örtlichen Hautreize. Doct.-Diss. St. Petersb. 1880.

№ 46. P. Smolenski: Ueber die Kohlensäure der Bodenluft. Doct.-Diss. St. Petersb. 1880.

№ 47. N. Fenomenow: Ueber das kyphotische Becken und Ruptur der Symphysen während der Geburt. Doct.-Diss. St. Petersburg 1880.

№ 48. F. Patenko: Ueber die Entwickelung der Corpora fibrosa der Ovarien. Doct-Diss. St. Petersb. 1880.

№ 49. F. Roschtschin: Der Boden der Stadt Peterhof und seine Beziehung zu den Cholera-Epidemieen. Doct.-Diss. St. Petersburg 1881.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Ueber das Verhalten einiger Antiseptica zu Tabaksinfusbacterien von N. Schwartz. — C. Rikker. St. Petersburg. 1881.
— Lehrbuch der Psychiatrie von Prof. Kraft-Elbing, in's Russische übersetzt von Al. Tscheremschanski, mit Anm. des Uebersetzers u. Zusätzen von Prof. Mershejewski. — Th. 1. Allgem. Pathologie u. Therapie der Geistesstörungen. — C. Rikker. St. Petersburg. 1881.
— Compendium der Pharmacie von Dr. R. Godeffroy. Lief. 15 u. 16. M. Perles. Wien 1880.
— La revue du bâtiment. № 3. 1881.
— La independencia medica. № 34 u. 35.
— La escuela de medicina. № 13 u. 14.
— Sprechen und Singen. Zwei populäre Vorträge von Prof. C. Störk. L. W. Seidel & Sohn. Wien 1881.
— Wiener Klinik, herausgegeb. von Prof. J. Schnitzler. Heft 2. Ueber Psoriasis vulgaris von Prof. J. Neumann. Urban & Schwarzenberg. Wien 1881.

Protokolle des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 25. November 1880.

Dr. Schröder hält einen eingehenden Vortrag über die Anwendung des Pilocarpins in der Augenheilkunde. Der Vortrag ist in den Nummern 5 und 6, 1881 der St. Petersburger medicinischen Wochenschrift im Druck erschienen. Als Ergänzung zum Vortrage des Dr. Schröder theilt Dr. Magawly mit, dass er 3 Fälle von recidivirender Iritis mit Jaborandi behandelt hat. In dem ersten derselben blieb jeglicher Erfolg aus trotz der sehr präcise aufgetretenen Allgemeinerscheinungen; im zweiten Falle schien Besserung einzutreten, leider wurde jedoch der Weitergebrauch des Mittels vom Patienten refusirt, im dritten Falle blieben Salivation und Transpiration vollkommen aus, was wohl auf die Qualität des Präparats zu schieben sein dürfte. Das Pilocarpin selbst hat Dr. Magawly mit gutem Erfolg bei glaucomatösen Processen in Tropfenform statt des Eserins angewendet.

Dr. Kernig theilt einen von ihm im Obuchow-Hospital beobachteten Fall von Diphtheritis faucium mit, der unter Pilocarpinbehandlung ganz auffallend günstig verlaufen ist.

Patientin, 16 Jahre alt, wird am 3. Krankheitstage mit hohem Fieber (39,7°), Leber- und Milzschwellung, mit weissen Belägen auf beiden Mandeln und Lähmung des weichen Gaumens in's Hospital aufgenommen. Drüsenschwellungen gering. Es wurde sofort 0,015 Pilocarpin. mur. subcutan injicirt, wonach erheblicher Schweiss und Speichelfluss, jedoch keine bedeutende Aenderung in den Krankheitserscheinungen im Laufe des Tages eintraten. Abends Temp. 40,0. Am nächsten Morgen (4. Krankheitstag) 39,0. Die Beläge auf beiden Mandeln dicker und ausgebreiteter als am Tage zuvor. Es wurden nun 0,02 Pilocarp. injicirt, wonach innerhalb 6—7 Minuten sehr starker Schweiss und Speichelfluss erfolgten. Bereits 40 Minuten nach der Injection erschienen die Tonsillen ganz auffallend reiner, die dicken weissen Massen waren nun durch einen grauen mehr schleimigen Belag ersetzt. Innerhalb dieser 40 Minuten waren 4½ Unzen Speichel producirt worden, in welchem verschiedene flockige Massen umherschwammen. Trotz der entschiedenen Besserung der Localaffection stieg die Temperatur bis zum Abend dennoch bis auf 40,0. Von nun an bekam Patientin das Pilocarpin nach dem Guttman'schen Recept (Gr. β auf ℥ iv oder 0,03 : 120,0) zweistündlich ein Esslöffel.

Am folgenden Tage (5. Krankheitstag) war das Allgemeinbefinden der Kranken ein sehr viel besseres. Temp. Morgens 38,0. Abends 38,4. Die Tonsillen waren entschieden reiner geworden, dagegen liessen sich auf beiden Seiten der Uvula frische schmale weisse Plaques nachweisen. Im Laufe des Tages wurde die Pilocarpinlösung stündlich zum Esslöffel genommen. Am 6. Krankheitstage Temp. Morgens 37,4. Abends 37,8. Die Gaumenlähmung schwindet, an den Tonsillen nur noch vereinzelte kleine weisse Flecke nachweisbar, Uvula zeigt dieselben Verhältnisse wie am Tage zuvor. Am Abend des 6. Krankheitstages wurde das Pilocarpin ausgesetzt. Im Ganzen hat Patientin höchstens 1½ Gran Pilocarpin in Lösung zu sich genommen. Am 7. Krankheitstage Temp. Morgens 37,3, Abends 37,6., auf beiden Tonsillen nur ein leichter grauer schleimiger Belag, auf der Uvula noch kleine weisse Flecke. Am folgenden Tage kam es noch einmal zu einer Temperatursteigerung auf 37,8, von nun aber Reconvalescenz, die nur gestört wurde durch einen leichten linksseitigen Ohrenfluss. Die Otitis hatte am 6. Tage eingesetzt. Ausser dem Pilocarpin bekam Patientin: Campher, 2 mal je ℈ j Chinin und local nur Gurgelungen mit Kali chloricum und einzelne Pinselungen mit Carbolglycerin.

Dr. v. Grünewaldt theilt einen im Evangelischen Hospital zur Beobachtung gekommenen Fall von Meningitis serosa mit, der unter Pilocarpin einen auffallend guten Verlauf genommen hat.

Patientin 25 Jahre alt, seit 3 Wochen verheirathet. vorher Schwester im Evangelischen Diaconissenhause. Vor der Verheirathung litt Patientin zuweilen an Schwindel und Verdauungsbeschwerden. 14 Tage nach der Verheirathung traten starke Kopfschmerzen, Ueblichkeit und Erbrechen auf, was Patientin auf eingetretene Conception zurückführte. Zum Abend trat Bewusstlosigkeit hinzu. Am nächsten Morgen fand Dr. v. Grünewaldt Patientin in folgendem Zustande: Vollkommene Bewusstlosigkeit. Augen krampfhaft geschlossen, Pupillen starr und erweitert. Respiration erschwert, krampfhaft rythmisch, von Contractionen der Nackenmusculatur begleitet. Untere Extremitäten extendirt, steif, in den Kniegelenken schwer zu flectiren. Temp. 39,0, Puls sehr beschleunigt. Der mit dem Katheter entleerte massenhafte Harn enthält kein Eiweiss. Sofort wurde 0,02 Pilocarpin unter die Haut gespritzt. Salivation und Transpiration traten präcise auf, ohne dass sich im Laufe des Tages der Zustand der Kranken wesentlich änderte. Ausser dem Pilocarpin waren auch Einreibungen mit Unguentum ciner. angeordnet worden.

Am nächsten Morgen bestand die Bewusstlosigkeit unverändert fort, den Zustand verschlimmernd hinzugetreten waren Strabismus, klonische Krämpfe des ganzen Körpers, Trismus, die Contractionen der Nackenmuskeln waren stärker geworden, ausserdem hatte sich starkes Lungenödem eingestellt. Temp. über 40,0, Puls sehr beschleunigt, klein. Urin wurde in's Bett gelassen. Es wurde eine zweite Pilocarpininjection von 0,02 gemacht und wurde Patientin mit dem Gesicht über den Bettrand gelagert, um den in grossen Massen secernirten Speichel nicht in den Larynx fliessen zu lassen. Gleich nach der Injection traten heftige Salivation und Transpiration ein. — Das Lungenödem, welches vor der Injection überaus stark war, verschwand binnen ½ Stunde fast vollständig. Trismus, klonische Krämpfe, Strabismus liessen nach, und zum Abend kehrte das Bewusstsein wieder, es stellte sich Appetit ein und die Besserung schritt nun ohne Störung vorwärts. 13 Tage nach Beginn der Erkrankung konnte die für verloren gegebene Patientin als genesen aus der Behandlung entlassen werden.

Dr. Bidder hebt als sehr wichtig hervor, dass nach Pilocarpininjectionen der Kopf unbedingt mit dem Gesicht nach unten gelagert werden müsse, um dem secernirten Speichel Abfluss zu verschaffen.— Ausserdem theilt Dr. Bidder mit, dass auch er bei acutem Lungenödem das Pilocarpin mit dem besten Erfolge angewendet hat.

Dr. v. Grünewaldt hält einen Vortrag über «Rückblicke auf die Fortschritte der operativen Gynäkologie» und legt der Gesellschaft ein von ihm zur Excision kleiner Uteruspartien behufs mikroskopischer Untersuchung derselben angegebenes Instrument vor.

Secretär Dr. Lange.

Eingesandt.

In Betreff der auch von uns in der vorigen Nummer gemeldeten Verurtheilung des Dr. Prozenko erhalten wir von geachteter Seite folgende Zuschrift, welche die Sache allerdings in einem anderen Lichte erscheinen lässt.

In Kijew wurde neulich ein Process verhandelt, der recht grelles Licht auf gewisse traurige ärztliche Verhältnisse wirft. Der freipracticirende Arzt Prozenko wird des Abends zu dem kranken Kinde eines Juden gerufen. Das Kind leidet an Bronchitis. ist schon dem Tode nahe. Der Arzt verschreibt ein Recept. Man bietet ihm, wie er aussagt, 20 Kopeken, wie der Vater behauptet 60 Kopeken an. Der Arzt wird über diese Bezahlung unwillig, spricht von Exploitation u. s. w. Ueber das Weitere sind die Aussagen verschieden; der Vater des Kindes und die Zeugen (3 Juden) behaupten, der Arzt habe das Recept zerrissen, das Geld trotzdem genommen; der Arzt leugnet diesen Umstand. Am nächsten Morgen wird ein anderer Arzt (Concurrent) gerufen, der das Kind für hoffnungslos erklärt; das Kind stirbt nach einigen Stunden. Die Section ergiebt Bronchitis.

Der Arzt wird angeklagt. Die 3 Zeugen sagen aus, wie angegeben, die Stücke des Receptes werden *nicht* reproducirt. Dagegen ergiebt sich, dass nachträglich Versuche gemacht wurden, von dem Arzte eine bedeutende Geldsumme zu erhalten, um die Sache zu unterdrücken, dass sich eine ganze Menge Mittelspersonen einmischten u. s. w. Der Procureur benutzte diese Gelegenheit, um den Stand der Aerzte im Allgemeinen anzugreifen und zu drohen, dass ähnliche Processe öfter stattfinden würden, wenn die Aerzte nicht jedem an sie ergangenen Rufe ohne Weiteres folgen würden. Der Arzt wurde zu *einem Monat* Arrest verurtheilt.

So wenig auch das Verfahren des Arztes selbst gebilligt werden kann, so dürfte doch dieser Vorfall zeigen, dass die jetzt bestehenden Verhältnisse dringend eine Aenderung erfordern. Schon haben sich die politischen Zeitungen der Sache bemächtigt und bringen drohende Artikel gegen die Aerzte; und es ist anzunehmen, dass bald allerlei unbegründete Anklagen, Processe u. s. w. gegen die Aerzte werden erhoben werden.

Wäre es nicht Zeit, dass auch die Aerzte und vor Allem die medicinischen Zeitungen ernstlich sich mit dieser Frage beschäftigen und darauf hinwirken, dass die betreffenden Gesetze geändert werden? —n—

Der Einsender legt den Finger auf einen wunden Punkt in unserer Gesetzgebung. Niemand wird gesetzlich verpflichtet dem Arzte die gehabte Mühwaltung entsprechend zu vergüten, jeder Arzt aber ist gesetzlich verpflichtet jedem Rufe zu jeder Tages- oder Nachtzeit und auf jede Entfernung hin Folge zu leisten. In dem Verhältniss zwischen Arzt und Publikum werden dem einen Theile vom Gesetze nur Pflichten, dem anderen nur Rechte zuerkannt. Wir können uns somit den Anschauungen des Einsenders nur anschliessen, ebenso seinem Wunsche dass die Aerzte selbst durch öffentliches gemeinsames und consequentes Eintreten für die Interessen ihres Standes eine Aenderung des bisherigen unleidlichen Zustandes herbeizuführen suchen möchten. Wir erklären uns bereit jede darauf bezügliche Mittheilung thunlichst zu berücksichtigen, kommen vielleicht gelegentlich auch noch selbst dazu, über diese Frage uns eingehender auszusprechen. D. Red.

Tagesereignisse.

— In Heidelberg ist der Professor der Geburtshülfe Dr. v. Lange bald nach seiner Pensionirung gestorben.

— Am 16. Februar verstarb in Göttingen Prof. Dr. W. Himly im 80. Lebensjahre.

— Dr. Canquoin, bekannt als Erfinder der nach ihm benannten Paste, ist im Alter von 78 Jahren gestorben.

— Der Medicinalrath hat auf die Bittschrift des Apothekenbesitzers Mag. pharm. H. es für zulässig erachtet, Letzterem die Erlaubniss zu ertheilen, Personen weiblichen Geschlechtes, welche den Cursus eines weiblichen Gymnasiums absolvirt haben, in seiner Apotheke als Lehrlinge aufzunehmen, wobei denselben auch das Recht zugestanden wird, den Grad eines Apothekerlehrlings zu erlangen.

— Prof. Billroth hat am 16. (28.) Februar *wiederum eine Magenresection* an einer 39 Jahre alten Frau wegen Magencarcinoms ausgeführt. Die Operation hat wegen bedeutender Complicationen 2 Stunden gedauert. Die Operirte ist fieberlos, klagt über keinen Schmerz und geniesst bereits Eis und Milch. Die erste Patientin, an der, wie wir in № 6 berichtet haben, Prof. Billroth die Resection des carcinomatösen Magens so glänzend gelang, ist bereits zu ihren Angehörigen nach Hause entlassen worden. Sie verträgt jetzt auch feste Kost und konnte schon in den letzten Tagen ihres Aufenthaltes in der Klinik neben der flüssigen Nahrung zartes Fleisch vertragen.

— Prof. Charcot aus Paris traf am 24. Februar in St. Petersburg ein. Nach kurzem Aufenthalte hierselbst, wo ihm zu Ehren von hiesigen Aerzten ein Diner veranstaltet wurde, an welchem ca. 70 Personen — darunter viele Sommitäten der hiesigen ärztlichen Welt — Theil nahmen, ist derselbe nach Moskau zur Consultation bei der kranken Tochter des bekannten Kapitalisten Ljamin weitergereist.

Miscellen.

— Der Aufsichtsrath des öffentlichen Wohlthätigkeitswesens (Assistance publique) in Paris hat beschlossen, in allen öffentlichen Kranken- und Pflege-Anstalten von Paris *geistliche Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen grundsätzlich nicht mehr zuzulassen.* Zur Ausbildung von weltlichen Krankenpflegern und Pflegerinnen werden zweiklassige Krankenpflegeschulen eingerichtet.

— *Die Anwendung der Salicylsäure als Conservirungsmittel für Nahrungsmittel* ist neuerdings als gesundheitsschädlich discreditirt worden. Das Comité consultatif d'hygiène publique de France hat nämlich, nachdem es auf Veranlassung des französischen Ministers für Landwirthschaft und Verkehrswesen diese Frage einem eingehenden Studium unterworfen und verschiedene Producte, welche Salicylsäure enthielten, geprüft hat, gefunden, dass die Salicylsäure gefahrbringend ist und zwar nicht allein wegen ihrer unmittelbaren Wirkung auf den Organismus, sondern auch noch auf indirecte Weise, indem sie betrügerische Beimischungen von anderen schädlichen, mehr oder weniger gesundheitsgefährlichen Stoffen zu den Nahrungsmitteln, namentlich zum Weine und Biere, ermöglicht. Das Comité spricht sich dahin aus, dass jedes Nahrungsmittel, welches Salicylsäure oder ein Derivat derselben in irgend einer Quantität enthält, als verdächtig anzusehen und der Vertrieb eines solchen zu untersagen sei.

In Folge dieses Gutachtens hat der obengenannte französische Minister durch ein Circulär an sämmtliche Präfecten, welches im «Journal officiel» vom 12. Februar c. veröffentlicht ist, verboten, irgend ein festes oder flüssiges Nahrungsmittel zu verkaufen, in welchem Salicylsäure oder ein Derivat derselben enthalten ist.

— Dr. Coustan, welcher statistische Daten in Bezug auf den *Einfluss des Rauchens* in den verschiedensten Lehranstalten, von den niedrigsten bis zu den höchsten, sammelte, ist zu demselben Resultate gelangt, wie schon früher Dr. Bertillon bei seinen statistischen Ermittelungen in der polytechnischen Schule in Paris, nämlich: dass die Nichtraucher höhere Fortschritte aufweisen, als die Raucher, namentlich aber die starken Raucher. Decaisne hat schon früher nachgewiesen, dass bei Rauchern häufig Aussetzen des Pulses vorkomme, denn bei 81 starken Rauchern fand er dasselbe 21 Mal, ohne dass ein Herzfehler vorhanden gewesen wäre. Nach Aufhören des Tabakrauchens verschwand auch die Intermittenz des Pulses. Bei Kindern von 9—15 Jahren, welche schon dem Laster des Rauchens fröhnten, fand er als unbestreitbare Folgen des Tabakrauchens: Aussetzen des Pulses, Herzklopfen, Anämie, ausserdem Abnahme der Intelligenz, Faulerwerden und Neigung zu geistigen Getränken. Neuerdings hat D. auch seine Beobachtungen an 43 rauchenden Frauen mitgetheilt. Die meisten derselben litten an Menstruations- und Verdauungsstörungen, mehrere auch an Intermittenz des Pulses. Acht von diesen Frauen behandelte er längere Zeit ohne Erfolg, erst nach Aussetzen des Tabaksgebrauchs trat Besserung und in mehreren Fällen vollständige Heilung ein.

Personal-Nachrichten.

Amtliche.

— *Befördert*: *Zum wirklichen Staatsrath:* Das Ehrenmitglied des Curatorenconseils des Troizki-Kirchenhauses zu Oranienbaum, Dr. med. Powersho.

— *Ernannt*: Der Oberarzt des Elisabeth-Kinderhospitals, wirkl. St.-R. Dr. med. Reitz — zum Doctor und Oberarzt des nämlichen Hospitals; die etatmässigen Ord. des Elisabeth-Kinderhospitals, C.-R. Arnheim und Woronichin — zu älteren Ord. des nämlichen Hospitals; der ält. Ord. des St. Petersburger Nikolai-Militärhospitals, wirkl. St.-R. Dr. med. Knoch — zum Oberarzt des Astrachanschen Militärhospitals; der Oberarzt des Militärhospitals zu Alexandropol, St.-R. Dr. med. Finn — zum Consultanten am ersten Militärhospital zu Tiflis; der Arzt der 39. Inf.-Division. St.-R. Tjanginski — zum Oberarzt des Militärhospitals zu Alexandropol; der ält. Arzt des 155. Inf.-Regiments, C.-R. Minkewitsch — zum Arzt der 39. Inf.-Division und der Arzt der Odessaer Stadtschule, H.-R. Mandelbaum — zum ausseretatm. Arzt der Ingenieur-Verwaltung des Odessaer Militärbezirks, unter Belassung in seiner bisherigen Stellung.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 22. Februar 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	950	340	1290
Alexander- «	754	160	914
Kalinkin- «	—	481	481
Peter-Paul- «	382	163	545
St. Marien-Magdalenen-Hospital	164	73	237
Marien-Hospital	295	458	753
Ausserstädtisches Hospital	474	146	620
Roshdestwensky-Hospital	47	31	78
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	340	138	478
4 zeitw. Hospitäler	628	123	751
Ausschlags-Hospital	17	10	27
Summa der Civilhospitäler	4051	2123	6174
Nikolai-Kinder-Hospital	53	53	106
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	82	99	181
Elisabeth-Kinder-Hospital	31	36	67
Summa der Kinderhospitäler	166	188	354
Nicolai-Militär-Hospital	625	12	637
Ssemenow'sches Militär-Hospital	322	—	322
Kalinkin-Marine-Hospital	307	—	307
Gesammt-Summa	5471	2323	7794
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	1370	314	1684
Scarlatina	28	23	51
Variola	10	4	14
Venerische Krankheiten	806	478	1284

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 15. bis 22. Februar 1881 besucht von 1688 Kranken, darunter zum ersten Mal von 755.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs

für die Woche vom 8. bis 14. Februar 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 677 (Todtgeborene 22). Durchschnittliche Sterblichkeit der Woche, für das ganze Jahr berechnet, beträgt 52,56 pro Mille der Einwohnerzahl, ohne Zugereiste aber 51,08.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
424	253	677	115	32	76	12	12	34	87	81	65	61	50	33	11	8

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 30, Typh. abd. 30, Febris recurrens 7, Typhus ohne Bestimmung der Form 14, Pocken 3, Masern 6, Scharlach 11, Diphtheritis 4, Croup 4, Keuchhusten 2, Puerperalkrankheiten 7, Dysenterie 5.

— Gehirnapoplexie 14, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 26, acute Entzündung der Athmungsorgane 81, Lungenschwindsucht 122, Gastro-intestinal-Krankheiten 108, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 25, Marasmus senilis 36, Pyämie und Septicämie 6.

— Tod durch Zufall 5, Selbstmord 3.

— Andere Ursachen 128.

Nächste Sitzung des allgem. Vereins St. Petersburger Aerzte, Dienstag den 10. März 1881.

Nächste Sitzung d. deutschen ärztlichen Vereins, Montag den 2. März 1881.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 27 Февраля 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh. Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

ST. PETERSBURGER

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg,
Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 10. St. Petersburg, 7. (19.) März. 1881.

Ueber die paradoxe Muskelcontraction.

Von
Dr. M. Mendelssohn.

Als *„paradoxe Muskelcontraction"* wurde zuerst von Westphal eine interessante Erscheinung an gewissen Muskeln beschrieben, welche in der Art auftritt, dass ein Muskel, wenn er passiv durch Näherung seiner Ansätze verkürzt, resp. erschlafft wird, in eine fortdauernde Contraction geräth. Der berühmte Professor machte bereits 1877 in der Sitzung der Berliner medicinisch-psychologischen Gesellschaft vom 3. December [1] auf dieses Phänomen aufmerksam, präcisirte aber und beschrieb dasselbe genauer erst in der letzten Zeit. [2]

Er sagt: wenn man bei gewissen Krankheitszuständen des centralen Nervensystems den Fuss des in der Rückenlage befindlichen Kranken kräftig und rasch dorsalflectirt, so sieht man, dass der Fuss, nachdem die Hand des Untersuchenden ihn losgelassen, in der ihm gegebenen Stellung verharrt und nicht der Schwere entsprechend, in die natürliche Lage zurücksinkt, was zuweilen auch bei *langsam* ausgeführter Dorsalflexion gelingt. Beobachtet man dabei die Sehne des *Tibialis anticus*, so sieht man sie gewöhnlich gleich nach geschehener Dorsalflexion, plötzlich stark vorspringen und in diesem Zustande verharren: die Stellung des Fusses ist denn auch, der Wirkung des Tibialis anticus entsprechend, eine adducirte. Eine weitere Eigenthümlichkeit besteht nun ausserdem noch darin, dass der Fuss in der Adduction längere Zeit — in einem Falle 27 Minuten — verweilt, worauf er dann allmählich gleichmässig oder in Absätzen in die natürliche Stellung zurücksinkt. Eine Wiederholung dieses Versuches, namentlich wenn er oft hinter einander gemacht wird, misslingt zuweilen, wahrscheinlich in Folge einer Ermüdung des Muskels. Versucht man mit der Hand den auf solche Weise dorsalflectirten Fuss in die Plantarflexion zurückzuführen, so begegnet man einem mehr oder weniger erheblichen Widerstande. Auch wenn man den Muskel durch directe oder indirecte faradische Reizung zur Contraction bringt, bleibt die Dorsalflexion gewöhnlich nach Entfernung der Elektroden bestehen, zuweilen hört die Contraction mit dem Verschwinden des elektrischen Reizes auf. Bei willkürlicher Dorsalflexion bleibt manchmal die Stellung des Fusses nach Aufhören des Willensreizes bestehen; Durchleitung constanter Ströme durch den contrahirten Muskel erschlafft diesen nicht, in keinem Falle gelang es eine Contraction des Tibialis anticus durch Klopfen auf seine Sehne zu erzeugen.

Soweit Westphal, welcher den ganzen Vorgang auf eine passive Veränderung und Erschlaffung des Muskels zurückführt und sie dem sogenannten „Fussphänomen", als Folge einer Muskeldehnung (Gastrocnemius) gegenüberstellt; er nennt ihn „paradox", weil die passive Veränderung, die Erschlaffung als Reiz wirkt.

Erlenmeyer [1] bestätigte alle diese symptomatischen Thatsachen, giebt aber der ganzen Erscheinung einen anderen Namen und eine andere Deutung. Die lange Dauer und die Unabhängigkeit von dem Willen des Kranken veranlassen ihn, dieses merkwürdige Phänomen als eine besondere Art von «Contractur», aber nicht von «Contraction» zu bezeichnen. Er führt die *«paradoxe Muskelcontractur»* des Tibialis anticus nicht auf eine Verkürzung des erschlafften Muskels, sondern auf eine, durch die Dorsalflexion des Fusses erzeugte Dehnung seines Antagonisten, des Gastrocnemius zurück. Er führt als Beweise für seine Auffassung folgende Thatsachen an: die durch Dehnung des Gastrocnemius provocirte paradoxe Contractur des Tibialis anticus schwinde sofort, wenn die Dehnung des Gastrocnemius in eine Verkürzung dadurch umgewandelt wird, dass in der Rückenlage des Kranken man bei im Kniegelenk gebeugtem Beine und dorsalflectirtem Fuss die Wade in die Hand nimmt und gegen die Ferse auf etwa ½ bis 1" vorschiebt,

[1] Berl. klin. Wochenschr. 1878. № 27.

[2] Arch. f. Psych. u. Nervenkr. Bd. X, pag. 243.

[1] Centralbl. f. Nervenheilkunde 1880 № 17, pag. 345.

auf diese Weise soll man den Kopf des Muskels seinem Fersen- oder Sehnenansatze nähern, ohne dabei einen Zug auf seine Sehne auszuüben; man könne auch das Entstehen der paradoxen Muskelcontractur durch vorhergehende, in analoger Weise ausgeführte Verkürzung des Gastrocnemius verhindern. Erlenmeyer sieht also, wie es scheint, das ganze Phänomen nicht für «paradox» an, sondern hält es für eine «*active, spinale, antagonistische Dehnungscontractur*» und nannte sie der Kürze halber *Muskelphänomen.*

Westphal[1] acceptirt in seiner Entgegnung auf die Erlenmeyer'schen Angaben diese nicht. Er meint, dass, abgesehen davon, ob es überhaupt möglich ist, auf die angegebene Weise den Gastrocnemius zu verkürzen, nicht das Herunterschieben der Muskulatur (der Versuch, den Muskel zu «verkürzen»), sondern nur der starke Druck der alleinige Grund für das Verschwinden der Muskelcontraction sei; nicht die Verkürzung des Gastrocnemius, sondern der auf ihn ausgeübte Druck bewirkte das Eintreten der Plantarflexion des Fusses und verhindere so das Erscheinen der paradoxen Muskelcontraction —, Westphal besteht auf der von ihm gewählten Bezeichnung des Phänomens.

Ich hatte nach dieser letzten Westphal'schen Veröffentlichung mehrfach Gelegenheit die genannte Erscheinung längere Zeit hindurch bei gewissen Erkrankungen des Centralnervensystems zu beobachten und kann die obigen Angaben zum grössten Theil bestätigen.

Es ist mir gelungen, die paradoxe Contraction nicht nur, wie Westphal es angiebt, in der Rückenlage, sondern auch in der Seitenlage der Kranken mit herunterhängenden Beinen, hervorzurufen. Die paradoxe Muskelcontraction konnte sehr leicht erzeugt werden, doch fand sich hier eine Fehlerquelle, auf welche bereits Westphal aufmerksam gemacht hatte. Es giebt nämlich Kranke, welche nach erfolgter Dorsalflexion des Fusses diesen noch lange willkürlich in dieser Stellung erhalten und nur schwierig ihn der Schwere und den auf ihn wirkenden elastischen Kräften folgen, d. h. sinken lassen können; ich musste dann die Aufmerksamkeit der Kranken durch Manipulationen an beiden Füssen und anderen Gelenken von dem zu untersuchenden Fusse ableiten.

Ich habe die paradoxe Contraction des Tibialis anticus graphisch untersucht und fand die dabei erhaltene Muskelcurve der eines mit Veratrin vergifteten Muskels sehr ähnlich. Der Unterschied zwischen beiden Curven bestand darin, dass in der des veratrinisirten Muskels der absteigende Schenkel (Erschlaffungsperiode) länger ist, während in der Curve bei der paradoxen Contraction der Gipfel am längsten erscheint; doch kann die Dauer des absteigenden Schenkels 3—5 Minuten betragen. Oft bemerkte ich, dass die zeichnende Feder während des Absteigens an manchen Stellen anhielt, was die stossweise Erschlaffung des paradox contrahirten Muskels anzeigt.

Es wäre jetzt noch verfrüht, mit aller Bestimmtheit die das besprochene Phänomen bedingende Ursache zu präcisiren. Westphal's Ansicht, dass die passive Erschlaffung des Muskels die Contraction verursache, scheint mir wahrscheinlicher als die Erlenmeyer'sche, auf Dehnung des Antagonisten basirte, zu sein; der Erlenmeyer'sche Versuch, den Gastrocnemius zu verkürzen und so das Eintreten der paradoxen Contraction zu verhüten, scheint mir geringe Beweiskraft zu haben. Ich habe, sowie auch Westphal, denselben Effect bei einfachem starkem Drucke auf die Wadenmusculatur auftreten sehen, wobei also keine Verkürzung des Muskels stattgefunden hatte. Mir scheint es übrigens gleichgiltig zu sein, ob wir die Erscheinung als «langdauernde Contraction» oder als «kurzdauernde Contractur» bezeichnen, obgleich die letztere Benennung mit der Ansicht Brissaud's und Richet's [1]) übereinstimmt, welche eine Contractur als eine *mehr oder weniger lange dauernde Verkürzung eines Muskels, der durch den Willen nicht zur Erschlaffung gebracht werden kann*, definiren. Es deckt sich ferner nicht der Ausdruck «paradoxe Muskelcontraction» mit demselben in der Physiologie gebräuchlichen und müssen später anzustellende physiologische Untersuchungen das genannte Phänomen erklären und richtig benennen; augenblicklich handelt es sich darum, ein grösseres klinisches Material zu sammeln, um den pathognomonischen Werth dieses Symptoms festzustellen.

Westphal hat die paradoxe Muskelcontraction bei Tabes dorsalis, bei cerebrospinaler inselförmiger Sclerose, bei combinirten Rückenmarkserkrankungen, bei Paralysis agitans und anderen Fällen beobachtet und war das Krankheitsbild dabei ein so eigenthümliches, dass sich kaum ein Analogon in einem anderen Symptomencomplexe findet. Im Allgemeinen waren es paretische Zustände der unteren Extremitäten, bei welchen W. diese Erscheinung constatiren konnte; die Muskeln waren nie rigid, leisteten aber zuweilen passiven Bewegungen Widerstand. Relativ häufig combinirte sich die paradoxe Muskelcontraction mit rhythmischen Bewegungen des Fusses (Dorsal- und Plantarflexion, Ab- und Adduction), der Patellarreflex war in einigen Fällen vorhanden, in anderen nicht, die Sensibilität der Haut bald normal, bald etwas herabgesetzt, Hautreflexe nicht erhöht; das Verhalten der elektrischen Erregbarkeit der Muskeln und Nerven ist in der Westphal'schen Arbeit nicht angegeben. Westphal wirft, auf einen sehr complicirten und eigenthümlichen Fall sich stützend, die Frage auf, ob nicht bei der inselförmigen Sclerose, wenn die paretischen Muskeln im späteren Verlaufe der Krankheit rigide werden, bereits in früheren Stadien die paradoxe Muskelcontraction nachgewiesen werden könne? eine Frage, welche ich nach meinen Beobachtungen an derartigen Kranken nicht bejahen kann.

Es gelang mir, im Marienhospital das besprochene Symptom bei folgenden Krankheiten hervorzurufen:

1) Bei *Tabes dorsalis atactica.* Unter 10 Fällen fand ich die paradoxe Muskelcontraction nur bei zweien. Der eine Fall betraf eine hysterische Frau, welche seit 6 bis 8 Jahren an deutlicher Tabes dorsalis atactica litt (lancinirende Schmerzen in den Extremitäten und dem Gesichte, Ataxie der Bewegungen in den oberen und unteren Extremitäten, Amblyopie, Blasenstörungen etc.). Hier konnte ich in den etwas paretischen Extremitäten beiderseits die paradoxe Muskelcontraction in den Tibiales antici, in den Extensoren der Zehen und in den Flexoren der Hände hervorrufen, leichter an der linken Seite. Die Sehnenreflexe fehlten, die elektrische Erregbarkeit war vermindert,

[1] Centralbl. f. Nervenheilkunde 1880 № 20, pag. 117.

[1]) Brissaud et Richet, Progrès médic. 1880, №№ 19, 23 u. 24.

die Dorsalflexion des Fusses hielt 10—15 Minuten an und konnte auch durch den indirecten Strom hervorgerufen werden.

2) In 4 Fällen von *Hemiplegia sinistra* mit geringer Rigidität der Muskeln (beginnende secundäre Contractur), erhöhten Sehnenreflexen und athetotischen Bewegungen an der gelähmten Seite habe ich das Auftreten der paradoxen Muskelcontractur constatiren können.

3) In 3 Fällen von *Hysterie* mit convulsiven Anfällen wurde das genannte Symptom gesehen; in einem typischen Falle von *Hysteroepilepsie* mit linksseitiger Hemianästhesie erschien die paradoxe Muskelcontraction auf der anästhetischen Seite und dauerte 20—30 Minuten.

4) In einem Falle von multipler Heerdsclerose verschwand im Verlaufe eines Jahres unter meiner Beobachtung die Rigidität der Muskeln, um einer Lähmung derselben zu weichen; hierbei konnte ich während der ganzen Zeit die paradoxe Muskelcontraction beobachten, aber mich auch davon überzeugen, dass Rigidität und selbst eine geringe Contractur der Muskeln sich entwickeln könne, bevor man noch die paradoxe Contraction hervorzurufen im Stande ist.

5) In einem Falle von ausgesprochener Brown-Séquard-scher Halbseitenläsion des Rückenmarks trat die paradoxe Muskelcontraction an der gelähmten Extremität auf, konnte aber nach theilweiser Wiederherstellung der Motilität nicht mehr hervorgerufen werden.

6) In 5 Fällen von Alcoholismus chronicus mit deutlich ausgesprochenem Tremor, erhöhten Sehnenreflexen und geringer Rigidität der Muskeln (?).

7) In 4 Fällen von spastischer Spinalparalyse mit Rigidität der Muskeln und sehr erhöhten Sehnenreflexen konnte ich die paradoxe Contraction am Tibialis anticus nicht hervorrufen, wahrscheinlich weil durch die Dorsalflexion ein starker Fussclonus entstand.

Trotz der geringen Zahl meiner Beobachtungen glaube ich doch es wagen zu dürfen, folgende Wahrscheinlichkeitsschlüsse aus denselben zu ziehen:

1) Die paradoxe Muskelcontraction entsteht durch den Verlust des Gleichgewichts in der Tonicität gewisser Muskelgruppen und deren Antagonisten.

2) Es besteht ein causaler Zusammenhang zwischen der paradoxen Muskelcontraction und dem pathologischen Zittern; diese beiden Symptome gehören mit den Sehnenreflexen und der Contractur zu einer von einem gewissen Grade des Muskeltonus abhängigen Symptomenreihe. Die im Reflexbogen den Muskeltonus erzeugenden Veränderungen bringen auch die paradoxe Muskelcontraction hervor, deren klinische Wichtigkeit erst durch weitere und zahlreichere Untersuchungen festgestellt werden kann.

St. Petersburg, im Februar 1881.

Chirurgische Mittheilungen.

Vorgetragen in der Sitzung der Gesellschaft deutscher Aerzte vom 19. Januar 1881 mit Demonstration von Präparaten.

Von

Dr. E. Kade.

5) *Cellulitis progressiva septica perinaei, scroti et regionis hypogastricae.*

Ich erlaube mir Mittheilung zu machen über einen Fall aus der Privatpraxis, der mir nur mittheilenswerth erscheint wegen der vollkommen unaufgeklärt gebliebenen Krankheitsgenese. Hinsichtlich der Diagnose und der therapeutischen Indicationen bot der Fall keine dunkle, noch zu Zweifeln Veranlassung gebenden Seiten dar. Nur die Entstehungsweise war dunkel und ist dunkel geblieben. Aus diesem Grunde betonte ich gleich von vorne herein, dass der Fall nicht der Hospital- sondern der Privatpraxis, dass der betreffende Kranke dem privilegirtesten Stande angehörte und in den exquisit besten socialen und hygieinischen Verhältnissen lebte. Dies hebe ich deswegen besonders hervor, weil, wenn es ein Hospitalkranker gewesen wäre, man leicht versucht gewesen sein könnte, die Entstehung der Krankheit auf die berüchtigten Hospitalbedingungen, auf die mit Fäulnisserregern geschwängerte Hospitalluft zu schieben.

Ein schmächtiger Mann von weniger als 40 Jahren, verheirathet und Vater gesunder Kinder, war am 4. November an Ischiasartigen Schmerzen in der r. u. Extr. befallen. Diese Schmerzen hatten, trotz der angewandten subcutanen Morphiuminjection einen immer heftigeren Charakter angenommen und sich auch auf die l. untere Extr. verbreitet. Sie waren so heftig, dass der Kranke bei seinem, ohnehin sehr lebhaften, ungeduldigen Temperamente, während der Schmerzensparoxysmen wie ein Wahnsinniger im Zimmer herumgelaufen, auf Tische und Stühle gesprungen war. Zur Beschwichtigung der Schmerzen soll er mit der Ferse gegen den Tuber ischii geschlagen und auf die Ferse sich gesetzt haben, mit der Ferse fest den Ischiadicus in der Grube zwischen Tuber ischii und gr. troch. comprimirend. In der Nacht vom 6. auf 7. November waren die Schmerzen so unerträglich gewesen, dass der Kranke in einem Nachtnegligé zu einem in der Nähe wohnenden Arzte gekommen war, um sich von ihm eine Morphiuminjection machen zu lassen. Diese Morphiuminjection erzielte Anfangs Remission der Schmerzen, doch wurde die Remission von Tage zu Tage unvollkommener und kürzer. Am 7. November hatte ein zur Consultation gerufener College, Specialist für Hirn- und Nervenkrankheiten, die Schmerzen für solche erklärt, wie sie im Beginne und Verlauf der Tabes aufzutreten pflegen, und hatte seine Ansicht gestützt auf die Resultate elektrischer Untersuchung. Doch hatte weder der behandelnde Arzt noch die Familie bis dahin je tabesartige Symptome an dem Kranken beobachtet. Am 8. November hatte der Kranke zum ersten Male über Schmerzen im rechten Hoden geklagt und hatte man bei der Untersuchung den Hoden und Nebenhoden geschwellt, das Scrotum und Perinäum ödematös infiltrirt gefunden. Zur Erklärung der Hodengeschwulst hatte man nach einem bestehenden oder vorhergegangenen Tripper geforscht, doch diese Voraussetzung nicht bestätigt gefunden, und war darauf zurückgekommen, die Hodenentzündung als traumatische zu deuten und auf einen Schlag oder eine Quetschung zu beziehen, die sich der Kranke während der Paroxysmen durch die oben beschriebenen Manöver des Schlagens mit der Ferse oder des Sitzens auf ihr zugezogen haben konnte. Am 11. November Abends, also am 7. Tage der Krankheit, sah ich den Patienten zum ersten Male. Sogleich beim Eintritt in das Krankenzimmer, wo der Kranke mit angezogenen Beinen auf einem Divan lag, wurde unser Geruchsorgan höchst unangenehm berührt durch einen penetranten Brandjauche-Geruch, der die Atmosphäre des geräumigen Zimmers verpestete. Die Untersuchung ergab Folgendes: Hochgradige Schwellung und Infiltration des Perinäum vom vorderen Afterrande bis zur Hodensackwurzel, des Scrotum und der ganzen Unterbauchgegend über der Symphyse und den horizontalen Schambeinästen hinauf bis zu den Spinae iliacae anter. sup. Am Scrotum und in der Unterbauchgegend war die Schwellung hochgradiger auf der rechten als auf der linken Seite. Das Zellgewebe dieser ganzen Region war nicht blos hochgradig infiltrirt, sondern bot in der ganzen Ausdehnung deutliche Luftcrepitation und Luftgurren dar mit tympanitischem Percussionsschall. An mehreren Stellen am Perinäum

und Scrotum zeigten sich in der Haut schwarze, gangränescirende Flecke. Am Perinäum, dicht vor dem vorderen Afterrande, hatte sich eine kleine Oeffnung gebildet, aus der beim Druck auf's Perinäum stinkende Jauche mit Luft sich entleerte. Diese Oeffnung hatte sich wahrscheinlich erst im Laufe des Tages gebildet, denn bei der Morgenvisite des behandelnden Arztes war sie noch nicht da gewesen. Vom Beginn der Hodengeschwulst an hatte der Kranke hohe Temperaturen gezeigt, über 40 bis 41°. Am Tage unserer Untersuchung zeigte das Thermometer auch über 40°, der Puls war beschleunigt und klein, die Extremitäten und das Gesicht kühl, die Unruhe und Jactation des Kranken sehr gross — er machte fast den Eindruck Eines in beginnender Agone.

Die Diagnose einer *Cellulitis progressiva septica* war unbestreitbar. Doch wie war sie entstanden, von wo war sie ausgegangen? Bestand nicht eine Communication mit dem Mastdarm? Die Digitaluntersuchung des Mastdarms ergab nur negative Resultate, die Schleimhaut vollkommen intact, nirgends eine Continuitätstrennung zu entdecken, Schmerzen oder Beschwerden bei der Defaecation waren nicht vorhergegangen. Oder lag nicht eine Harninfiltration vor? Die Harnentleerung war stets normal gewesen, nur in den letzten 24 Stunden war der Harn in Folge der Geschwulst des Theils in schwachem Strahle, sogar tropfenweise entleert worden. Die Einführung eines silbernen Catheters von circa 7—8 Millim. Durchmesser gelang ohne Schwierigkeit, ohne auf ein Hinderniss in irgend welchem Theile der Harnröhre zu stossen. Die von einem Specialisten gestellte Diagnose auf tabetische Neuralgie erinnerte mich an einen Fall von Harninfiltration bei einem Tabetiker, den ich mit dem sel. Coll. Couriard beobachtet hatte. Es war hier kein locales Leiden der Harnröhre nachweisbar gewesen, das die Harninfiltration hätte bedingen können, auch war keine Harnretention vorhergegangen, noch jemals eine Catheterisation ausgeführt worden. Wir deuteten uns damals die Harninfiltration so, dass in Folge der tabetischen Parese des Detrusor und der den häutigen Theil der Harnröhre umschliessenden Muskeln die Entleerung des Harns aus der Blase und Harnröhre stets unvollkommen vor sich gehe, der in der Harnröhre, namentlich in ihrem membranösen Theile, permanent stagnirende Harn eine Erosion der Schleimhaut und dadurch allmählich eine Harninfiltration in das umgebende Gewebe bewerkstelligt habe. Abgesehen davon, dass eine tabetische Harninfiltration ein sehr seltenes Ereigniss bei Tabetikern zu sein scheint (ich habe sie nur *ein* Mal beobachtet), so fiel natürlich die Supposition einer solchen Harninfiltration im gegebenen Falle mit dem Fallen der Diagnose auf Tabes, zu der jedes anamnestische Moment fehlte.

Es blieb nichts übrig, als entweder die oben bezeichnete traumatische Entstehungsweise der Cellulitis zuzulassen oder sie als eine idiopathisch entstandene zu deuten.

Selbst wenn man sich zu der schwer erweisbaren Supposition bekennen wollte, dass die septische Cellulitis entstanden sei in Folge der Schläge und der Compression, zu denen der Kranke seine Zuflucht genommen hatte, weil er davon eine Beschwichtigung seiner neuralgischen Schmerzen erfahren hatte, so bleibt dadurch die Natur und Entstehung der heftigen neuralgischen Schmerzen selbst doch immer unaufgeklärt.

Ueberdies war es kaum zu glauben, dass die Selbstkasteiung des Kranken so weit gegangen sein könnte, um eine so hochgradige Entzündung mit so rapider Weiterverbreitung und tiefer Mortificirung der Gewebe zur Folge zu haben.

Ich bin vielmehr *der* Ansicht, dass es sich in dem betreffenden Falle um eine idiopathische Cellulitis handelt, dass diese Cellulitis von Anfang an, d. i. vom 4. November, sich zu entwickeln begann, dass sie die Ursache der heftigen neuralgischen Schmerzen war, mit denen die Krankheit begann, dass die Neuralgie nur der peripherische Ausdruck war von der acuten Schwellung und Infiltration der Gewebe in der Tiefe, nur eine Druckerscheinung auf die Nerven. Wie tief der ursprüngliche Heerd der phlegmonösen Entzündung lag, das entzieht sich der Bestimmung. Jedenfalls muss man annehmen, dass es die tiefsten Zellgewebeschichten zwischen den Perinäalaponeurosen waren, vielleicht auch die intrapelvialen Lagen zwischen Harnblase und Mastdarm, wo ursprünglich die Phlegmone ihren Sitz aufgeschlagen hatte.

Es kommt wenig darauf an, was für einen Namen man der Krankheit giebt, ob man sie mit Pirogow Oedema acutum purulentum oder mit den Franzosen Phlegmon aigu diffus oder mit dem kürzeren Namen Cellulitis benennen will. Die Hauptsache ist, sich den eminent progressiven und septischen Charakter der Krankheit zu vergegenwärtigen. In dieser Eigenschaft stimmt sie mit der sogenannten Angina Ludovici überein, die die Engländer auch als Cellulitis colli septica bezeichnen. Man hat sie auch als eine Diphtheritis des Zellgewebes charakterisiren wollen. Das Product, das durch die Entzündung der Maschen des Zellgewebes gesetzt wird, ist ein concentrirt septisches, es verbreitet sich mit Rapidität von Masche zu Masche, überall necrotischen Zerfall und Gasentwickelung bedingend. Es führt wohl keine Krankheit so rasch zu septischer Blutvergiftung als diese. Damit ist aber keineswegs gesagt, dass sie unbedingt tödtlich sein sollte. Von der Angina Ludovici giebt es unzweifelhafte Fälle von Heilung. Es kommt nur darauf an, dem septischen Entzündungsproducte so schnell als möglich Ausgang zu verschaffen und durch kräftige Desinfection der Weiterverbreitung einen Damm zu setzen.

Es war einleuchtend, dass es auch in dem betreffenden Falle keine andere therapeutische Indication geben konnte und dass es urgent war, ihr augenblicklich Folge zu leisten.

Bei den ergiebigen Incisionen, die am Perinäum und Scrotum zu beiden Seiten der Raphe und im Hypogastrium im Niveau der rechten Spina ilei ant. sup. gemacht wurden, stellte es sich auch durch den Geruch heraus, dass von einer Harninfiltration keine Rede sein konnte, es entleerte sich überall ein eitrig seröses, jauchig stinkendes Exsudat mit viel Gas und necrotischen Zellgewebsfetzen. Das Zellgewebe, überall von weit decollirter Haut bedeckt, in grosser Ausdehnung zerstört, stellte *eine* continuirliche Höhle vom Afterrande bis zum Hypogastrium dar, mit nur wenigen erhalten gebliebenen Zwischenwänden, so dass ich den Finger unbehindert vom Perinäum in's Scrotum, vom Scrotum in den Inguinalcanal, von hier bis zur Spina ant. sup. einführen konnte. Auf die Incisionen folgten nachdrückliche Ausspülungen und Auswaschungen mit 5% Carbollösung, bis diese ungetrübt abfloss, und Anlegung eines antiseptischen Verbandes.

Am folgenden Tage war freilich die Temperatur unter die Norm, unter 36°, gesunken, doch musste dies bei anderen Erscheinungen des Collapsus als Collapstemperatur gedeutet werden. Auf der rechten Seite hatten die Einschnitte allerdings die Cellulitis begrenzt, auf der linken aber schritt sie unaufhaltsam bis zum linken Hypochondrium vor, überall sich bekundend durch entzündete Lymphgefässe und Luftcrepitation. Der immer zunehmende Collaps liess es nicht zu, daran zu denken, der fortschreitenden Infiltration durch erneuerte Incisionen Einhalt zu thun, die Temperatur stieg auch wieder einmal unerwartet auf gegen 41°, Frösteln wechselte mit Hitze, es traten septicämische Delirien mit Bewusstlosigkeit ein und am Nachmittage des 13. November verschied der Kranke, also am neunten Tage seit dem Beginne der Krankheit, weniger als zweimal 24 Stunden nach den Incisionen.

Referate.

Dumontpallier: Ueber Reflexerscheinungen bei Injectionen in die Pleurahöhle. (Gazette des hôpitaux. 1880. № 122).

Ein Patient, an welchem wegen Empyem die Thoracocentese gemacht worden war, wurde 80 Tage hindurch mit Injectionen von 1% Carbolsäurelösung in die Pleurahöhle behandelt; am 80. Tage erfolgt plötzlich gleich nach gemachter Injection Verlust des Bewusstseins, Contractur in der ganzen rechten Körperhälfte, starke Dilatation der Pupillen, Anästhesie am ganzen Körper und Aufhebung der Function der Sinnesorgane bei regelmässigem Pulse und unveränderter Respiration. Nach Anwendung starker Reizmittel verschwand die Contractur der rechten Körperhälfte und es erfolgte linksseitige Hemiplegie, welche sich bei rückkehrendem Bewusstsein und bei allgemeiner Hyperästhesie am ganzen Körper allmählich verlor. — Der Verf. hat noch zwei ähnliche Fälle beobachtet und dabei bemerkt, dass derartige Erscheinungen bisher erst gegen das Ende der Behandlung, wenn also die Menge der jedesmal injicirten Carbolsäurelösung bereits erheblich geringer geworden war, zur Beobachtung gekommen seien. Br.

H. Tillmanns: Ueber Theer-, Russ- und Tabakkrebs. (Deutsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. XIII. Heft 5. u. 6.)

Die Arbeiter der Braunkohlentheer- und Paraffin-Fabriken leiden sehr häufig an Dermatitiden, welche in der ersten Zeit mehr acute später sehr mannigfaltige chronische Formen haben. Aus diesen chronischen Dermatitiden entwickeln sich zuweilen veritable Hautkrebse. Solche sind von Volkmann beschrieben, und fügt ihnen nun Verf. einen sehr bösartigen Fall hinzu, der nach mehrfachen Operationen mit dem Tode endete. Verf. giebt die Hauptschuld bei der Entstehung solcher Krebse den Producten der unvollkommenen Verbrennung, die bei den meisten Menschen sehr reizend auf die Haut wirken. Der Schornsteinfegerkrebs der Engländer ist bekannt, in Hannover ist der erste von Baum beobachtet worden, nachdem man dort aufgehört hatte allgemein Holz zu heizen. Dieselben Bestandtheile wie im Theer und Russ finden sich auch im Tabakrauch, daher will Verf. den Lippen- und Zungenkrebs starker Raucher ebenfalls aus denselben schädlichen Producten der unvollkommenen Verbrennung entstehen lassen. Doch muss gesagt werden, dass Verf. die gen. schädlichen Producte durchaus nicht als die eigentliche Ursache der Krebse ansieht, sondern nur als die veranlassenden Momente, Gelegenheitsursachen, die bei günstig disponirten Leuten die Entwickelung eines Krebses anregen. T.

Bouchut: Necrose der Kieferknochen in Folge von ulcerösmembranöser Stomatitis. (Paris médical, № 80. 1880).

Anschliessend an einen in seinem Hospital beobachteten Fall von Necrose des Alveolarrandes des Unterkiefers mit den Schneidezähnen, erwähnt Vf., dass es nur bei Vernachlässigung des ursprünglich leicht zu heilenden Leidens so weit kommen kann. Necrose des Kiefers bei Kindern ist verhältnissmässig eine seltene Folge des oben genannten Leidens, unter hunderten von Fällen hat Vf. diesen Ausgang nur 15 Mal beobachtet.

Die Entstehung ist einfach. Wird das Zahnfleisch, welches die Aufgabe des Periost erfüllt, in weiterer Ausdehnung zerstört, so stirbt die entblösste Knochenpartie ab, stösst sich als Sequester los. Meist heilen die Fälle rasch und gut. In einem Fall, in dem beim Entfernen des scheinbar gelösten Sequesters ziemlich viel Mühe angewandt werden musste und geringe Blutung erfolgte, trat am anderen Tage Ostitis, dann pyämisches Fieber und Tod ein. Vf. warnt daher vor der zu frühen Entfernung von Sequestern. Die beste Behandlung der Stomatitis:

Rp. Natr. chlorat. 15,0
Mel. ros. 50,0
Aq. fontan. 200,0.

M. filtra. Alle 2 Stunden zu einem kleinen Gläschen. Zugleich Gurgelungen mit Carbollösung (1 : 1000). Hlm.

Tacke: Atropin gegen Menorrhagie und Hämoptysis wirksamer als Extr. secalis cornuti. (Berl. klin. Wochenschr. 1881, № 6.)

T. machte bei einer Gelegenheit, wo er wegen wandernden Eczem's einer Frau Atropin. sulf. : Aq. dest. = 1 : 1000 verordnet und davon zwei Tage lang 2mal täglich 0,3 (= 0,0003 Atrop oder 1/200 Gr.) subcutan injicirt hatte, die Wahrnehmung, dass das Atropin nicht allein günstig auf das Eczem wirkte, sondern auch einen günstigen Einfluss auf die gerade, wie gewöhnlich, sehr profusen Menses hatte, indem dieselben schon nach der ersten subcutanen Injection mässiger wurden und die ganze übrige Zeit hindurch es blieben. Dieselbe Wirkung hat T. später an zwei anderen Personen 5mal gesehen und ausserdem in einem Falle von Lungenblutung durch die subcutane Einspritzung die Blutung 2mal sofort sistirt. Er empfiehlt daher das Atropin. sulf., hypodermatisch angewandt, als ein viel sichereres Mittel gegen viscerale Blutungen als das Extr. secal. corn., wobei noch in's Gewicht fällt, dass das Atropin vom Unterhautzellgewebe gut vertragen wird, während das Extr. secal. corn. stets Entzündungen, manchmal sogar brandige Processe hervorruft.

Verordnung: Rp. Atropin. sulf. 0,01
Aq. dest. 10,0.
MDS. 0,3 — 2 bis 3mal tägl. subcut. einzuspritzen. Bf.

R. Weise: Zur Behandlung der Diphtherie. (Berl. kl. W. № 4.)

W. hat die Guttmann'sche Pilocarpinbehandlung in mehreren Fällen angewandt und erkennt ihre vorzügliche und rasche Wirksamkeit an, hat jedoch bei drei Kindern durch dieselbe Todesfälle an Collaps gehabt. Daher fordert er zu grosser Vorsicht auf.

Sein eigenes Verfahren ist folgendes:

Rp. Acidi salicyl. 1,0
Glycerini et Spir. vini rectif. aa 25,0

Mit dieser Lösung wird gepinselt resp. inhalirt (alle 1½ Stunden); innerlich erhält Pat. Natr. benzoicum in verschieden starker Lösung, meist 5 : 200; ausserdem Ungarwein. Für die Localbehandlung hat W. ein Instrument construirt, welches aus einem kleinen Hand-Spray in Combination mit einem Mundspatel besteht. Dieser Apparat hat den grossen Vorzug, dass Inspection und Application in einem Tempo geschieht und Läsionen des Rachens sicher vermieden werden.

W. hat 54 Fälle nach seiner Methode behandelt und keinen Todesfall gehabt.[1] —o—

Rosenstein: Ein Fall von Incision des Pericardium. (B. kl. W. № 5.)

Ein 10jähriger Knabe, vor zwei Wochen erkrankt, präsentirte sich (ohne Fieber) in der Leydener Poliklinik mit allen Symptomen eines massenhaften Pericardialexsudats. Eine Probepunction (Pravaz) erwies die eitrige Beschaffenheit desselben. Zunehmende Dyspnoe bei 140 Pulsen bewog zur Punction im 4. J. c. R. dicht am Sternum und wurden hiebei 620 Ccm. Eiter aspirirt. Eminente subjective Erleichterung, der Puls fiel auf 92, Resp. von 52 auf 28. — Nach einigen Tagen stellte sich Fieber ein, der Puls wurde frequenter, das Pericardialexsudat vermehrte sich und es trat linkseitige Pleuritis hinzu. Nun wurden durch den Aspirationsapparat von Potain 1100 Ccm. eines serösen Pleuraexsudats und durch eine zweite Punction des Pericardium 120 Ccm. Eiter entleert. Trotzdem wenig Erleichterung, Fieber, Cyanose, verminderte Harnabsonderung, — der Puls wurde immer frequenter, kleiner, zuletzt unfühlbar. Deshalb wurde jetzt im 4. l. J. c. R., nahe dem Sternalrande, unter Lister'schen Cautelen eine 3 Cm. lange Incision gemacht. Eine Menge Eiter entleerte sich; zwei Drains wurden eingeführt und der Listerverband angelegt. Der subjective Effect war «zauberhaft», Pat. konnte sogleich die Rückenlage einnehmen, der Puls wurde aber erst nach zwei Stunden deutlich fühlbar. Verbandwechsel am 2., 4., 7., 10., 14. Tage, — am 20. Tage ist die Pericardialwunde geschlossen. Die Pleuritis recrudescirte jedoch, eine Punctions-Entleerung von 1000 Ccm. half wenig und es wurde nun auch das pleuritische Exsudat (1500 Ccm.) durch Schnitt entfernt. Die Ausheilung der Pleuritis ging in etwa vier Wochen vor sich und Pat. wurde gesund entlassen.

Zum Schluss hebt R. noch folgende drei Punkte als besonders wichtig hervor:

1. Die eitrige Pericarditis kann zeitweise ohne Fieber und ohne Oedem der bedeckenden Haut verlaufen, so dass nur die Punction über die Qualität des Exsudats entscheiden kann.

2. Durch Furcht vor etwa schon vorhandenen myocarditischen Veränderungen lasse man sich von der Entleerung des Exsudats nicht abhalten.

3. Bei Ansammlung grösserer Flüssigkeitsmengen im Pericard kann der Lagewechsel ohne Einfluss auf die Höhe der Dämpfungsfigur bleiben (im angegebenen Falle war dieser Einfluss nur nach der Punction zu constatiren). —o—

Russische medicinische Literatur.

№ 50. Wratsch. № 9.

Inhalt: a. S. Fialkowski: Ueber den Einfluss der russischen Badstube auf das gesunde und kranke menschliche Auge.
b) Weljaminow und Perfiljew: Behandlung der Rückgratsverkrümmungen nach der Sayre'schen Methode.
c) G. Herzenstein: Militär-Sanitätswesen im letzten türkischen Kriege. (Forts.)
d) W. Orlow: Zur Casuistik der Exstirpation der Atherome.

№ 51. Klinitscheskaja Gaseta № 9.

Inhalt: a. J. Nassilow: Ueber die Entzündung der Bursa mucosa suprapatellaris s. subcruralis.
b) A. Wassiljew: Die epidemische Meningitis cerebrospinalis in Rjasan im Winter 1880.
c) W. Bechterew: Ein Fall von Leptomeningitis haemorrhagica. (Aus der Klinik des Prof. Merziejewski).
d) W. Tschernow: Ein Fall von Hemmungsbildung des Herzens.
e) K. Speranski: Ein Fall von Atresia hymenalis.

---

[1] Der Apparat ist zu beziehen vom Instrumentenmacher Loewy, Berlin, Dorotheenstrasse 92, und kostet 10 Mark.

№ 52. Wratschebnija Wedomosti. № 8.

Inhalt: a. P. Peskow: Die Bedeutung der Statistik, in Verbindung mit der Wahrscheinlichkeitstheorie, in der Geschichte der Fortschritte des menschlichen Wissens.

b) P. Uspenski: Ueber Neurosen (Schluss).

c) M. Andruski: Bericht über die psychiatriche Abtheilung des Charkowschen Gouvernements-Landschaftshospitals pro 1880.

d) A. Bragin: Ein Fall von Krebs des Pancreas und Magengeschwür, complicirt mit Skorbut und rechtseitigem Pleuraexsudat.

№ 53. Sitzungsprotocolle der Charkowschen medicin. Gesellschaft № 8—14, (1880).

(Die Verhandlungen betreffen vorzugsweise die im Charkowschen Gouv. grassirende Diphtheritis).

№ 54. Sitzungsprotocolle der Perm'schen ärztlichen Gesellschaft № 1—3. Als Beilage:

A. Ponomarëw: Bericht über das Asyl für Geisteskranke in Perm.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Sitzungsprotocolle der ärztlichen Gesellschaft des Permschen Gouvernements für 1880/81.

— Paris médical. № 8.

— Ischl und Umgebung von Dr. H. Kaan. — Wilh. Braumüller. Wien 1875 (in franz. Ausgabe 1879).

— Medicinischer Bericht des Kaiserl. Moskauer ziehungshauses für 1877—79.

Entgegnung auf den Artikel „Zur Bacterienfrage".

(Pharmaceut. Zeitschrift für Russland, 1880, № 24.)

Durch ein Referat in der № 7 dieser Wochenschrift wurde ich aufmerksam gemacht auf obige in der № 24 des vorigen Jahrganges der «Pharmac. Zeitschr. für Russland» von Herrn Mag. Edwin Johanson veröffentlichte Abhandlung «Zur Bacterienfrage», von deren Existenz ich bis dahin leider nicht die geringste Kenntniss hatte. Herr Johanson ist in derselben bemüht, eine Differenz in den Anschauungen des Verfassers des in № 44 des vorigen Jahrganges dieser Wochenschrift aufgenommenen Referates über meine Inaugural-Dissertation: «Das Verhalten der Bacterien des Fleischwassers gegen einige Antiseptica» mit den in meiner Arbeit selbst niedergelegten nachzuweisen, indem er namentlich gegen eine in diesem Referate, wie er sich ausdrückt, «angeführte Entwerthung früherer *und anderer* Arbeiten» zu Felde zieht. Er benutzt jedoch, obgleich er am Schlusse seiner Abhandlung ausdrücklich hervorhebt, dass meine Arbeit «auf demselben Boden stehe, den er vertreten», diese Gelegenheit ausserdem zu derben Ausfällen gegen meine Originalarbeit.

Indem ich im Folgenden bestrebt sein werde, diese Angriffe gegen meine Dissertationsschrift zurückzuweisen, glaube ich auch im Stande zu sein, die Behauptung einer Differenz zwischen den in dem Referate und der Originalarbeit zum Ausdruck gelangten Anschauungen, sowie die dem Referate untergeschobene «Entwerthung früherer und anderer Arbeiten» zu widerlegen.

Den ersten Angriff gegen meine Originalarbeit richtet Herr Johanson unter dem Vorwande eines Widerspruches zwischen Referat und Original, wenn er S. 750 also schreibt: «Dass la Croix ««an der Hand von Experimenten nachweist, dass auch die benutzte Nährflüssigkeit für das Verhalten der Bacterien gegen Antiseptica von grösstem Einfluss ist»», hebt der Verfasser weder als wesentlichen Bestandtheil seiner Arbeit hervor, noch braucht er es zu thun, da wohl Niemand a priori hieran zu zweifeln sich berechtigt fühlen wird und eine etwa diesbezügliche Frage bereits nach den Versuchen von Kühn, Haberkorn und Böhlendorff als erledigt betrachtet werden könnte».

Es befremdet mich, dass Herr Johanson den ersten Satz meiner Dissertation, in welchem deutlich ausgesprochen ist, dass meine ursprüngliche Aufgabe, entsprechend dem Wunsche des Herrn Professor Dragendorff, darin bestand, das Verhalten der Bacterien gegen Antiseptica in von ihrem Mutterboden abweichenden Nährlösungen einer genaueren Prüfung zu unterziehen, ganz übersehen zu haben scheint; sowie, dass die Seiten 10—19 meiner Schrift dieser Frage und meinen diesbezüglichen Experimenten gewidmet sind, da die Arbeiten von Haberkorn und Kühn wohl auf die Bedeutung der Nährflüssigkeit aufmerksam gemacht hatten, diese Frage jedoch weder nach ihrer eigenen, noch nach Herrn Professor Dragendorff's, noch auch nach meiner Ansicht als erledigt betrachtet werden konnte. Die Böhlendorff'sche Schrift darf aber in diesem Falle von Herrn Johanson gar nicht herangezogen werden, da dieselbe nicht mit einem Worte über das Verhalten der Bacterien gegen Antiseptica handelt. Ich kann ferner den erwähnten Satz aus der Johanson'schen Abhandlung nicht verlassen, ohne ihm zu bekennen, dass meine Anschauung dahin geht, dass die Wissenschaft stolz sein dürfte, wenn sie in jedem Falle das *an der Hand von Experimenten* zu beweisen im Stande wäre, woran Mancher a priori zu zweifeln sich nicht berechtigt fühlen mag.

Viel grösseren Unwillen ruft jedoch bei Herrn Johanson der von ihm citirte Schlusssatz des ersten Absatzes besagten Referates hervor, der folgendermassen lautet: «Somit konnten die Zahlen, welche bisher durch das Einwirken von Antisepticis auf meist aus Pflanzenaufgüssen stammende, in Bucholtz'scher Nährflüssigkeit gezüchtete Bacterien gewonnen waren, keine Berechtigung beanspruchen, auf die Praxis übertragen zu werden».

In diesem Satze ist in der That eine kleine Abweichung des Referates von dem Originale vorhanden, die einzige Abweichung, welche ich wahrnehmen kann. Es findet sich nämlich das Wort «Praxis» in das Referat gesetzt, wo an Stelle dessen in der ursprünglichen Arbeit das freilich weniger umfassende Wort «Therapie» gestanden hatte. Doch fusst Herr Johanson nicht auf dieser Abweichung, ja scheint sie nicht einmal bemerkt zu haben, da er sich gegen obigen Satz in folgender Weise wendet: «So weit mir die Arbeiten auf diesem Gebiete bekannt sind, ist mir keiner der Autoren erinnerlich, der sich erkühnt hätte, für die in den Versuchen mit Bacterien gewonnenen Zahlen directe Uebertragung in die Therapie zu beanspruchen».

Herr Johanson hat hier also vollkommen richtig verstanden, dass auch in dem Referate die therapeutisch- und nicht die hygieinisch-praktische Verwerthung gemeint sei, wie das ja auch nicht anders zu verstehen möglich war, da der darauf folgende Satz dieses Referates es deutlich ausspricht, dass ich mich «in Folge dessen dem Fleischwasser zuwandte, als einer den Substraten, welche Bacterien bei ihrem Eindringen in den menschlichen Organismus vorfinden, bedeutend näher stehenden Flüssigkeit».

Es thut mir aber herzlich leid, dass aus dem Gedächtnisse des Herrn Johanson eine Arbeit auf diesem Gebiete entschwunden ist, auf welche ich ihrer höchst interessanten Untersuchungen wegen auf S. 19 meiner Schrift ausdrücklich aufmerksam gemacht habe. Prof. E. Klebs schreibt nämlich auf S. 15 seiner «Mittheilungen aus dem pathol.-anatomischen Institut zu Prag», II. Heft, 1880: «Eine zweite Rücksicht, welche bei der Einführung antimykotischer Mittel in die Blutbahn zu nehmen ist, bezieht sich auf die Bestimmung derjenigen Concentration derselben, welche die Lebensthätigkeiten der Spaltpilze hemmt. Die sorgfältigsten vergleichenden Beobachtungen in dieser Beziehung hat wohl L. Bucholtz gemacht. Derselbe fand, dass es Mittel giebt, welche schon in einer Concentration von 0,5 pro Mille Bacterien tödten. Nimmt man die Blutmenge auf 10% des Körpergewichtes an, so würden für einen Menschen von 50 Kilo Gewicht 2,5 Gramm diejenige Dosis darstellen, welche bei Injection in die Venen die erforderliche Concentration herstellen würde, um im Blut die Entwickelung von Bacterien zu verhindern».

Also giebt es doch Autoren, welche eine directe Uebertragung der in den Versuchen mit Bacterien gewonnenen Zahlen in die Therapie für möglich erachten. Weiter schreibt jedoch Klebs, dieser um die Bacterienfrage so hochverdiente Forscher: «Freilich ist es fraglich, ob dieser Grenzwerth (von 0,5 pro Mille) für alle pathogenen Bacterien gilt und können hierüber nur vergleichende Untersuchungen mit gezüchteten Spaltpilzen Aufschluss geben; einen solchen Versuch, welcher in meinem Laboratorium angestellt wurde, werde ich noch weiterhin erwähnen».

Wenn ich nun meinerseits, nachdem ich durch Zahlen erwiesen, dass auch die benutzte Nährflüssigkeit für das Verhalten der Bacterien gegen Septica von grösstem Einfluss ist, bemüht war, eine grössere Zahlenbasis vermittelst des Fleischwassers, einer den Substraten des menschlichen Organismus jedenfalls bedeutend näher stehenden Flüssigkeit, als es die Bucholtz'sche Zuckerflüssigkeit ist, zu schaffen, die zu weiteren Untersuchungen am lebenden Organismus als eine geeignetere Grundlage dienen könnte, so beanspruche ich für dieses Unternehmen die Bezeichnung der Kühnheit um so weniger, als das recht abweichende Verhalten der solcherweise gewonnenen Zahlen von den früheren dies Unternehmen vollkommen rechtfertigt. Weitere Belege dafür, dass das Verhalten der Antiseptica gegen Bacterien mehr durch den Nährboden derselben als durch die specifische Bacterienart beeinflusst wird, sowie namentlich dafür, dass die Bacterien in ihrem eigenen Mutterboden sich widerstandsfähiger gegen Antiseptica erweisen als in Bucholtz'scher Nährflüssigkeit, habe ich mit Berücksichtigung der unterdessen von Meyer[1]) für in Molke entwickelte Bacterien der Milchsäuregährung gegebenen Zahlen am Schlusse meiner in den Bd. XIII des «Archivs für experiment. Pathol. u. Ther.» aufgenommenen Arbeit auf S. 253 veröffentlicht.

Den Schwerpunkt seiner Abhandlung spricht Herr Johanson jedoch in Folgendem aus: «Aus dem letzten Satze des citirten Referates *scheint* weiter noch hervorzugehen und ist, so viel mir durch mündliche Mittheilung bekannt geworden, auch bereits mehrfach so verstanden, dass die bisherigen Arbeiten, etwa *nicht mit Fleischwasser* ausgeführt, jetzt ruhig ad acta gelegt werden dürfen».

Ich kann jedoch bei dem besten Willen, wenn ich den betreffenden Satz nicht etwa herausgerissen, sondern im Zusammenhange mit

[1]) K. Meyer, Ueber das Milchsäureferment und sein Verhalten gegen Antiseptica. Inaug.-Dissert. Dorpat 1880.

dem Vorhergehenden und Nachfolgenden betrachte, die Möglichkeit einer solchen Auffassung nicht herauslesen. Auch aus dem Referate scheint mir hervorzugehen, dass es mir nicht in den Sinn gekommen, den Werth der früheren Arbeiten herabzusetzen, da z. B. die Arbeiten von Bucholtz, Haberkorn und Kühn in demselben als die Grundlage und den Ausgangspunkt meiner Arbeit bildend angeführt werden. Wenn ich aber bestrebt war, im Interesse der oben angedeuteten therapeutischen Zwecke mit meiner Arbeit einen Schritt vorwärts und nicht rückwärts zu machen, so wird Herr Johanson mir das wohl nicht ernstlich zum Vorwurf machen wollen. Auf keinen Fall durften aber Herrn Johanson diese vagen, auf einen blossen *Schein* gegründeten Vermuthungen zwei Seiten weiter, nachdem er den meine loyalen Ansichten über diesen Punkt bekundenden Satz aus S. 18 meiner Schrift citirt, zu folgendem Schlusssatze berechtigen: «Man sieht, dass la Croix auf demselben Boden steht, den ich eben vertreten, dass er den Werth früherer und anderer Arbeiten auf diesem Gebiete der seinigen nicht unterstellt und dass die im Referate der «St. Petersb. Med. Wochenschrift» *angeführte* Entwerthung lediglich aus der Anschauung des Referenten entspringt».

Sollte sich dieser Satz nicht mit mehr Recht folgendermassen gestalten: Man sieht, dass die diesem Referate zur Last gelegte Entwerthung lediglich in der Phantasie des Herrn Johanson beruht?

Dorpat, 22. Februar 1881.

Dr. N. Jalan de la Croix,
Assistent am pathologischen Institut.

Dr. Joseph Wiesel. †

— Wieder hat der Flecktyphus ein Opfer aus unserem Stande dahingerafft. St.-R. Dr. J. Wiesel, Ordinator am Obuchow-Spital, ist am Mittwoch den 4. März in seinem 40. Lebensjahre dieser Krankheit erlegen.

Wiesel ist aus Kijew gebürtig, hat daselbst Gymnasium und Universität durchgemacht und kam im Jahre 1862 nach St. Petersburg. Anfangs an einem Ambulatorium thätig, trat er im Jahre 1864 beim Obuchow-Hospital ein. In Kijew bereits hatte er unter Karawajew und Szymanowski mit Vorliebe Chirurgie getrieben und so erhielt er im Obuchow-Hospital sogleich eine chirurgische Abtheilung; diesem Zweige der Medicin ist er als Hospitalarzt auch bis zuletzt treu geblieben; durch zwei in der chirurgischen Abtheilung, der er vorstand, vorgekommene Flektyphus-Erkrankungen wurde er inficirt und starb am 12. Krankheitstage. Ausser seiner Hospitalsthätigkeit, welche ihm ziemlich viel Arbeit, besonders auch operative, machte, — war er noch bei dem Ambulatorium der philantropischen Gesellschaft thätig und bekleidete den Posten eines Arztes beim Eisenbahndepartement. Im Jahre 1877 ging er mit dem Lazareth der IV. Abth. unter Kade nach Sistowa, von wo aus er zeitweilig nach den Schlachtfeldern von Plewna abcommandirt wurde. W. war ein sanguinischer, leicht erregbarer Charakter, — er hatte ein weiches Gemüth, ein warmes Herz und einen lebhaften Geist. Diese Eigenschaften in Verbindung mit seiner Tüchtigkeit als Arzt machten ihn zu einer der beliebtesten Persönlichkeiten unter den nahstehenden Collegen und erwarben ihm die Liebe seiner Patienten, der vornehmen wie der geringen.

Ehre dem Andenken eines lieben Cameraden!

—M.—

Tagesereignisse.

— Zum Rector der Universität Greifswald ist der Prof. der Physiologie Dr. L. Landois und zum Dekan der dortigen medicinischen Facultät Prof. Dr. Mosler gewählt worden.

— Am 24. Februar beging der Oberarzt der Irrenanstalt auf der 11. Werst bei St. Petersburg, Dr. W. Lorenz, sein 50-jähriges Dienstjubiläum. L. bekleidet bereits seit 1853 den Posten des Oberarztes an dieser Anstalt.

— An Stelle des Dr. Wladytschko, welcher vor Kurzem am Typhus exanth., mit dem er sich in dem in hygieinischer Beziehung äusserst ungenügenden Nishni-Nowgorod'schen Gefängnisskrankenhause (cfr. № 5, S. 47 dies. Wochenschr.) inficirt hatte, starb, ist der Ordinator des dortigen Landschaftshospitals, Dr. Tschapin, zum Arzt dieses Gefängnisskrankenhauses gewählt worden. Wie den «Wratsch. Wedom.» von dort mitgetheilt wird, hat Letzterer, bevor er diesen gefährlichen Posten angetreten, sein Leben in einer Versicherungsgesellschaft auf fünf Jahre versichert.

— Nach einer hierher gelangten Mittheilung Prof. Billroth's ist die zweite Patientin, an welcher er, wie wir in der vorigen Nummer gemeldet, am 16. (28.) Februar eine Magenresection wegen Pyloruscarcinoms ausgeführt hat, am achten Tage nach der Operation an Inanition gestorben.

Miscellen.

— Unter der Redaction von Prof. Rosenthal in Erlangen und unter Mitwirkung von Prof. Rees (Botaniker) und Prof. Selenka wird vom April d J. ab eine neue Zeitschrift unter dem Titel «*Biologisches Centralblatt*» erscheinen, welche den Zweck hat, die Fortschritte der biologischen Wissenschaften zusammenzufassen und den Vertretern der Einzelgebieten die Kenntnissnahme der Leistungen auf den Nachbargebieten zu ermöglichen. —

— Carracide empfiehlt als desinficirendes Mittel den Salpetrigsäureaether. Der Dampf desselben soll die in der Luft enthaltenen schädlichen Keime zerstören, ohne, wie etwa das Ozon, die Schleimhäute anzugreifen. (Les novades cientificas — Pharm. Z. f. Russl.).

— Wie wir dem Bericht über die Thätigkeit der Gesellschaft der Aerzte des Perm'schen Gouvernements pro 1879/80 entnehmen, zählt diese Gesellschaft 28 Mitglieder, von denen 8 in der Stadt Perm, die übrigen in den Kreisen des Perm'schen Gouvernements wohnen. Im Berichtsjahre hat die Gesellschaft 5 Sitzungen abgehalten. Im Februar und März 1880 waren die Sitzungen nicht zu Stande gekommen, weil eine zu geringe Anzahl von Mitgliedern zu denselben sich eingefunden hatten.

— Dr. C. Kaufmann (Berl. klin. Wochenschrift 1881. № 8) beobachtete bei einem 16jährigen Mädchen, dem er bei einer leichten Angina — ut aliquid habeat — Tinct. Pimpinellae, 3stündl. 20 gtt. in Zuckerwasser verordnet hatte, am nächsten Tage, Urticaria-Quaddeln am Rumpf und den oberen Extremitäten — ohne irgend welche Störung des Allgemeinbefindens. Nach Aussetzen des Medicamentes und Einpudern mit Amylum verschwand das Exanthem in kurzer Zeit. Um sich zu überzeugen, dass die Tinct. Pimpinellae wirklich die Ursache der Eruption gewesen, liess er einige Tage später dieselbe Dosis der Tinctur nehmen und es stellte sich wiederum nach einigen Stunden die Urticaria mit Brennen und Jucken in der Haut ein, um unter den obigen Massnahmen bald wieder zu verschwinden. Bf.

— Dr. Mestrum giebt in der «deutschen med. Wochenschrift» 1881, № 10 eine einfache *Methode* an, welche es ermöglicht, *die zur subcutanen Injection bestimmte Flüssigkeit unmittelbar vor ihrer Einführung in's Zellgewebe, einer nochmaligen Filtration ohne Mühe und Zeitverlust zu unterziehen*. Man nimmt eine Kleinigkeit entfetteter sog. Bruns'scher Watte (auch Salicyl- oder Carbolwatte kann man brauchen), drückt diese in den Kopf resp. die Fassung der Nadel ziemlich fest ein, setzt dann die — natürlich ohne die so armirte Nadel — gefüllte Spritze auf und nimmt nun die Einspritzung in gewohnter Weise vor. Alle noch so kleinen corpusculären Elemente werden auf dem Wattefilter sicher zurückgehalten. Das Wattepröpfchen lässt sich nach beendigter Injection und Abnahme der Spritze von unten durch den eingeführten Drath oder von oben mittelst einer Stecknadel leicht entfernen.

Dieses Verfahren erscheint ganz geeignet, die Anwendung einer bereits trübe gewordenen Injectionsflüssigkeit — in Ermangelung einer besseren, wie das in der Landpraxis vorkommen kann — zu ermöglichen, dann aber auch die üblen Ereignisse zu verhüten, welche man nach sonst unschuldigen und scheinbar tadellosen Injectionen mitunter beobachtet und die auf zufällige Verunreinigung der Injectionsflüssigkeit zurückzuführen sind. Bf.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 1. März. 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	950	355	1305
Alexander- «	759	164	923
Kalinkin- «	—	557	557
Peter-Paul- «	402	166	568
St. Marien-Magdalenen-Hospital	166	73	239
Marien-Hospital	291	484	775
Ausserstädtisches Hospital	544	152	696
Roshdestwensky-Hospital	51	41	92
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	344	153	497
4 zeitw. Hospitäler	640	138	778
Ausschlags-Hospital	21	15	36
Summa der Civilhospitäler	4168	2298	6466
Nikolai-Kinder-Hospital	54	48	102
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	84	96	180
Elisabeth-Kinder-Hospital	31	37	68
Summa der Kinderhospitäler	169	181	350
Nicolai-Militär-Hospital	683	17	700
Ssemenow'sches Militär-Hospital	328	—	328
Kalinkin-Marine-Hospital	317	—	317
Gesammt-Summa	5665	2496	8161

Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	1373	347	1720
Scarlatina	31	25	56
Variola	12	3	15
Venerische Krankheiten	834	554	1388

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 22. Februar bis 1. März 1881 besucht von 1801 Kranken, darunter zum ersten Mal von 788.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs

für die Woche vom 15. bis 21. Februar 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 667 (Todtgeborene 25). Durchschnittliche Sterblichkeit der Woche, für das ganze Jahr berechnet, beträgt 51,78 pro Mille der Einwohnerzahl, ohne Zugereiste aber 50,46.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
400	267	667	108	35	81	21	6	26	88	95	77	47	35	26	12	10

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 41, Typh. abd. 32, Febris recurrens 11, Typhus ohne Bestimmung der Form 12, Pocken 4, Masern 3, Scharlach 10, Diphtheritis 13, Croup 3, Keuchhusten 5, Puerperalkrankheiten 9, Dysenterie 1.

— Gehirnapoplexie 7, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 23, acute Entzündung der Athmungsorgane 102, Lungenschwindsucht 112, Gastro-intestinal-Krankheiten 82, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 24, Marasmus senilis 28, Pyämie und Septicämie 3.

— Tod durch Zufall 4, Selbstmord 2.

— Andere Ursachen 136.

Nächste Sitzung des allgem. Vereins St. Petersburger Aerzte, Dienstag den 10. März 1881.

Nächste Sitzung d. deutschen ärztlichen Vereins, Montag den 16. März 1881.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 6. Марта 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh. Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

ST. PETERSBURGER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg,

Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 11. St. Petersburg, 14. (26.) März. 1881.

Ueber die klinischen Erscheinungen des Symptoms von combinirter Abweichung der Augen und des Kopfes (Déviation conjugée de la tête et des yeux) bei Affectionen der Gehirnrinde.

Von

Dr. W. Bechterew.

Aus der psychiatrischen Klinik von Prof. Mershejewski in St. Petersburg.

Eine Beobachtung, die mir kürzlich zu machen gelang, erweckt Interesse sowohl durch den patholog.-anatomischen Befund, der einen seltenen Fall von bedeutender localer Atrophie der Hirnoberfläche im Verlaufe progressiver Paralyse darstellt, als auch in klinischer Beziehung, besonders in Bezug auf das Symptom einseitiger Abweichung der Augen und des Kopfes, welches während des Verlaufs von Krampfanfällen beobachtet wurde. Wie wir später sehen werden, erlaubt die Analyse der Erscheinungen in diesem Falle den Causal-Nexus zu verfolgen zwischen der Entstehung der localen Atrophien der Hirnoberfläche und den Krampfanfällen, die in der letzten Zeit des Lebens dieses Kranken zur Erscheinung kamen.

L., Officier, 36 Jahre alt, trat am 11. März 1879 in die psychiatrische Klinik. Von seinen Verwandten ist ein Bruder an progressiver Paralyse gestorben, die anderen Familienglieder waren in Bezug auf das Nervensystem gesund. Der Kranke ist seit der Kindheit der Onanie ergeben gewesen, und litt im 17. Jahre an Syphilis. Vor ungefähr 5 Jahren zeigten sich die ersten Symptome von Geistesstörung, die sich in ausserordentlicher Reizbarkeit, unbezähmbarer Leidenschaft für das Kartenspiel, und verschiedenartigen hypochondrischen Ideen manifestirte, (fortwährende Furcht vor der Möglichkeit eines Syphilis-Recidivs, Angst davor, verrückt zu werden u. s. w.). Bald gesellten sich die Anzeichen beginnender Geistesschwäche hinzu.

Im Juli 1878 hatte Pat. den ersten apoplektiformen Anfall, und nach demselben war Paralyse der rechten Körperhälfte vorhanden, und begann bedeutende Schwäche des Gedächtnisses und der geistigen Functionen. Darauf, im März 1879, entwickelte sich beim Kranken ein aufgeregter Zustand, begleitet von Schlaflosigkeit. Beim Eintritt in die Klinik am 11. März wurden beim Kranken die Symptome beobachtet, die dem Bilde der progressiven Paralyse der Irren entsprechen. Von paralytischen Symptomen bestanden: Erweiterung der Pupille, behinderte Sprache, leichte Verziehung des Gesichts nach links, starkes Zittern der oberen Extremitäten, besonders der rechten, weshalb auch die Handschrift unlesbar war, und alle willkürlichen Bewegungen zeichneten sich durch mangelnde Praecision aus. Der Gang war taumelnd, paretisch, aber ein Kräfteunterschied beider Beine nicht zu constatiren. Die allgemeine Schmerzempfindlichkeit der Haut erniedrigt; auf beiden Körperhälften die Patellarsehnen-Reflexe erhalten, und sogar ein wenig erhöht. In der psychischen Sphäre äusserte sich Schwäche der geistigen Fähigkeiten und des Gedächtnisses; das Selbstgefühl erhöht, der Kranke will Alle umarmen und küssen, verspricht seiner Umgebung Belohnungen und Rangerhöhungen. Gleichzeitig bezeichnet er sich als Gott, Metropolit und Archierei, und sagt, er werde sich zum Kaiser begeben, um seinen Bekannten Belohnungen in Gestalt von Orden und Rangerhöhungen zu erwirken. Mit der Zeit wurde der Kranke jedoch schlaffer, apathischer, brachte seine Zeit sitzend und schweigend zu und gleichzeitig begannen die geistige Schwäche und die paretischen Erscheinungen schnell zuzunehmen. Im Juli 1880 gab die Untersuchung folgende Resultate: Das Gesicht ist fast ausdruckslos, die Falten desselben haben sich geglättet, die Mundwinkel haben sich gesenkt. Die Zunge zittert stark beim Hervorgestrecktwerden, und man kann dabei recht deutlich die fibrillären Contractionen ihrer Muskeln beobachten. Beide Gaumenbögen stehen ziemlich niedrig. Aus der Mundhöhle findet fortwährend recht bedeutende Speichel-

absonderung statt. Die Sehnenreflexe auf der ganzen Körperoberfläche erhöht. Klopft man mit einem Hämmerchen auf das Lig. patellae und auf die Achillessehne, so wird beiderseits in den unteren Extremitäten ein sehr starker, ausgebreiteter und andauernder Reflex hervorgerufen. Werden die oberen Extremitäten selbständig ausgestreckt, so treten merkliche krampfhafte Zuckungen in den Fingern ein. Der Gang des Pat. ist ausserordentlich langsam und schwankend. Beim Erheben der unteren Extremitäten bemerkt man starke schwankende Bewegungen und Zittern. Die Empfindlichkeit konnte wegen der grossen psychischen Schwäche nicht genau untersucht werden, aber offenbar war sie sehr abgestumpft, da bei starken Stecknadelstichen in verschiedene Theile des Körpers der Kranke nur sehr schlaffe abwehrende Bewegungen macht, und keine Zeichen einer schmerzhaften Empfindung von sich giebt. Die Sprache ist sehr unverständlich, so dass man mit Mühe nur versteht, was er spricht. Die allgemeine Ernährung ist zufriedenstellend, aber die Harnblase und der Mastdarm sind in atonischem Zustande. Einige Zeit darauf verlor Pat. die Sprache, so dass er kein Wort hervorbringen konnte, obgleich man bei an ihn gerichteten Fragen bemerkte, dass die Lippen entsprechende, aber tonlose Bewegungen machten.

Am 11. September wurde der Pat. von neuem untersucht, und wurde, ausser den bereits beschriebenen Erscheinungen, noch Folgendes bemerkt: In gewöhnlicher Stellung, beim Sitzen auf dem Lehnstuhl, nimmt der Kranke immer eine besondere, gezwungene Position ein, der Rumpf ist ein wenig gekrümmt und auf die linke Seite gebeugt. Der Kopf ist ein wenig gesenkt und gleichfalls nach links gebeugt. Will der Kranke sich auf die Füsse stellen, so erhebt er sich mit Anstrengung, unterstützt von den Wärtern. Beim Stehen ist der Rumpf ein wenig gekrümmt, die Wirbelsäule hat eine bogenförmige Gestalt, mit der Convexität nach rechts. Die rechte Pupille ist wie früher weit grösser als die linke. Die Falten des Gesichts sind schwach ausgeprägt und mimische Bewegungen sind fast gar nicht vorhanden, die rechte Gesichtshälfte ist jedoch weit flacher, als die linke. Die Zunge kann nur sehr wenig hervorgestreckt werden. Die rechte Hand ist schwächer, als die linke; in der Ruhe bemerkt man an beiden Händen Chorea-artige Bewegungen, stärker in der rechten, als in der linken. Wird die Hand hingegen ausgestreckt, so sistiren diese Bewegungen fast vollständig, und es bleibt blos ein leichtes Zittern nach.

Am 27. September complicirte sich der Zustand des Kranken plötzlich. An diesem Tage begann man von 11 Uhr ab zu beobachten, dass der Kopf und die Augen des Pat. sich nach rechts wenden, und dass in der rechten Gesichtshälfte von Zeit zu Zeit krampfhafte Zuckungen auftreten. Um $^1/_2$12 Uhr fand ich folgendes: Der Kranke sass im Lehnstuhl, auf die Lehne gestützt und leicht nach rechts überhängend. Kopf und Augen stark nach rechts gewendet; die ganze rechte Gesichtshälfte, die Stirnmuskeln eingeschlossen, in klonischen Convulsionen; der rechte Mundwinkel wird stark nach hinten und oben gezerrt; rechts sind die Augenlider halb geschlossen und zeigen leichte Schliess- und Oeffnungsbewegungen, während links die Oeffnung der Lider deutlich stark erweitert ist, als ob das obere Augenlid ein wenig emporgehoben wäre. Die rechte Augenbraue runzelt sich von Zeit zu Zeit, und auf der rechten Hälfte der Stirn bilden sich tiefe Querfalten. Der Mund ist geschlossen, aber es gelingt leicht, ihn zu öffnen; die Zunge zuckt nach rechts, und ist an der rechten Seite verletzt. Ausserdem bemerkt man klonische Krämpfe im M. platysma myoides rechts, — der M. sternocleidomast. dexter ist frei, der sinister ist angespannt, und wenn man die Hand auf ihn legt, empfindet man partielle krampfhafte Contractionen, synchronisch mit den zuckenden Bewegungen des Kopfes nach rechts. Der Kopf kann nur mit Mühe in die normale Stellung gebracht werden, und nur auf kurze Zeit; sowie die Krämpfe stärker werden, wendet der Kopf sich sogleich wieder nach rechts und bleibt dabei nicht in ruhiger Stellung, sondern zeigt fortwährend Wende-Bewegungen nach rechts. Die Augen geben bei der Ablenkung nach rechts ebenfalls von Zeit zu Zeit synergische zuckende Bewegungen nach rechts auf der horizontalen Achse. Die linke Pupille ist während der ganzen Zeit der Krämpfe weit enger, als die rechte; Reaction auf Lichtreiz ist bei der rechten Pupille recht schwach, aber deutlich bemerkbar; bei der linken Pupille keine Reaction, oder wenn vorhanden, so sehr schwach; die linke Augenlidöffnung weiter als rechts. Als der Kranke zu Bett gebracht und entkleidet wurde, konnte noch folgendes constatirt werden: Das Gesicht leicht bläulich, die Haltung des Rumpfes vollkommen gerade, der Kopf und die Augenachsen wie früher krampfhaft nach rechts gewandt, Convulsionen in der rechten Gesichtshälfte, rechten Zungenhälfte, dem rechten Platysma myoides, und dem linken Sternocleidomastoidens. An den übrigen Körpertheilen wurden keine Krämpfe beobachtet, nur zuweilen treten leichte Convulsionen in den Muskeln der rechten Schulter auf, und in Folge dessen zeigt der rechte Arm zuweilen leichte Rotationsbewegungen. Beide Arme sind dem Rumpfe genähert, der rechte ausgestreckt, der linke halbgebogen im Ellbogengelenk; bei passiver Beugung findet beiderseits ziemlich starker Widerstand statt. Beide Beine sind ausgestreckt, und lassen sich leicht passiv beugen und strecken. Beiderseits erhält man von Tendo Achillis und lig. patellare deutliche Sehnenreflexe. Der Cremaster-Reflex fehlt. Bei tiefen Stecknadelstichen führt der Kranke keinerlei Abwehrbewegungen aus. Die ganze rechte Seite ist kälter als die linke. Messungen ergaben folgende Zahlen:

Brust		Arme		Oberschenken		Unterschenkel	
Rechte S.	Linke S.	R. S.	L. S.	R. S.	L. S.	R. S.	L. S.
36,2°	36,8°	30,8°	31,4°	31°	32°	28,4°	30,2°

Temperatur im Rectum 38,7°. Die Athmung behindert, ungleichmässig, langsam, Puls ungefähr 60 p. m. Der Anfall dauert unaufhörlich den ganzen Tag und die Nacht. Zuweilen werden die Krämpfe bedeutend stärker, zuweilen schwächer, so dass blos leichte Zuckungen des rechten Mundwinkels, der Zunge und zuckende Wendebewegungen der Augen und des Kopfes nach rechts vorhanden sind. Um 5 Uhr Nachmittags dieses Tages verstärkten sich alle Krampferscheinungen; ungefähr um diese Zeit begannen starke Anfälle während welcher, ausser der bisherigen Ablenkung des Kopfes und der Augen nach rechts, und der Krämpfe in der rechten Gesichtsseite, deutlich ausgeprägte Convulsionen des rechten Armes beobachtet wurden. Zu Beginn der Anfälle bemerkte man am rechten Arm nur leichte convulsivische Zuckungen darauf starke Beugung im Ellbogengelenk, dann Streckung und zuletzt starke klonische

Convulsionen, während welcher die Hand zur Faust geballt war und der Daumen zwischen dem 2. und 3. oder 3. und 4. Finger lag. Nach 1 bis 2 Minuten hörten die Krämpfe im Arme auf, im Gesicht aber blieben noch zuckende Bewegungen des rechten Mundwinkels nach, und Ablenkung der Augen und des Kopfes auf die rechte Seite. Derartige starke Anfälle wurden 16 in der Zeit von 5 bis 7 Uhr beobachtet. Jeder dieser Anfälle verlief im höchsten Grade stereotyp. Zu Anfang entwickelten sich immer starke Convulsionen in der rechten Gesichtshälfte (bei geöffnetem Munde), die Ablenkung der Augen und des Kopfes erreichte ihr Maximum, darauf verbreiteten sich die Krämpfe allmählich auf den rechten Arm, an welchem zuerst tonische Contraction der Flexoren, dann der Extensoren, und darauf partielle klonische Contractionen folgten. Während der Anfälle bleibt der linke Arm immer unbeweglich, halbgebogen, und äusserst immer ziemlich starken Widerstand gegen Streckung und Abduction.

Um 7 Uhr Abends begann ein starker Anfall, der fast bis 11 Uhr andauerte, während dessen dehnten die Krämpfe sich auch auf das rechte Bein und zum Theil auf das linke Bein aus. Ungefähr um 10 Uhr Abends begannen die Krämpfe schwächer zu werden, hörten zuerst im linken Bein auf, dann im rechten, so dass von 10 bis 11 Uhr blos Krämpfe in der rechten Gesichtsseite nachblieben mit Ablenkung der Augen und des Kopfes nach rechts, und Krämpfe im rechten Arm.

Um 12 Uhr Nachts fand ich Folgendes: Der Kranke liegt ausgestreckt auf dem Bett; das Gesicht ist nach links gewandt, kann aber leicht ohne viel Widerstand gerade gerichtet werden, obgleich es mit der Zeit sich allmählich wieder nach links wendet. In den Halsmuskeln und beiden Sternocleido-mast. keinerlei Krämpfe. Die Lider beider Augen halbgeschlossen, gleichmässig auf beiden Seiten; die Augenachsen fast gerade nach vorn gerichtet, oder höchstens ein wenig nach rechts; von Zeit zu Zeit aber zeigen beide Augäpfel synergische rhythmisch sich wiederholende Bewegungen nach rechts auf der horizontalen Achse. Die linke Pupille ist wie früher beträchtlich enger, als die rechte; auf beiden Seiten die Reaction auf Licht recht schwach. Rechts in der unteren Hälfte des Gesichts bemerkt man wie früher leichte convulsivische Zuckungen, durch welche der rechte Mundwinkel fortwährend nach hinten und oben gezerrt wird. Der Mund halbgeöffnet; an der Zunge bemerkt man gleichfalls krampfhafte Bewegungen nach rechts. Im rechten Arm sind die Krämpfe recht schwach ausgeprägt, — man bemerkt blos partielle Adductionsbewegungen der Hand und Flexions-Bewegungen der Finger. Am rechten Bein bemerkt man von Zeit zu Zeit recht deutliche Contractionen der Extensoren des Oberschenkels. Wie früher kann man die ganze Zeit über diese Krämpfe beobachten, nur werden sie bisweilen viel stärker, und dann wieder schwächer. Ausserdem ist rechts offenbar Paralyse der oberen und unteren Extremität vorhanden. Hebt man sie auf und flectirt sie, so bemerkt man nicht den geringsten Widerstand, und sie fallen wie fremde Körper nieder; dagegen leisten beide linke Extremitäten, besonders die obere, sehr deutlichen Widerstand. Bei starken Nadelstichen in verschiedene Körpertheile, bemerkt man von Seiten der rechten oberen Extremität schwache Abwehrbewegungen; einen deutlichen Unterschied in der Schmerzempfindlichkeit der rechten und linken Seite kann man nicht constatiren, obgleich bei Stichen in die linke Körperhälfte der Kranke offenbar schneller reagirt mit Abwehrbewegungen der linken Hand, als bei Stichen in die rechte Körperhälfte; ein deutlicher Unterschied besteht nur bei den reflectorischen Augenlid-Bewegungen unter dem Einfluss von Cornea-Reizung. Berührt man die linke Cornea, so schliessen sich die Lider sogleich krampfhaft, während wenn man die rechte Cornea berührt, Schliessung der Lider entweder gar nicht erfolgt, oder erst nach einigen Wiederholungen dieses Reizes. Die ganze rechte Körperhälfte fühlt sich wärmer an, als die linke. Die Sehnenreflexe sind überall erhalten, der Cremaster-Reflex fehlt beiderseits. Die Athmung ist die ganze Zeit über gepresst und geräuschvoll. Puls 58 p. m.

Am 28. Sept. Morgens um 11 Uhr bemerkt man dieselben Erscheinungen von Hemiplegie der rechten Körperhälfte und convulsivische Bewegungen der rechten Gesichtshälfte (besonders in den Muskeln, die den Mundwinkel abziehen), in der rechten Zungenhälfte und partielle Contractionen in den Extensoren der rechten oberen Extremität; am Bein keine Convulsionen zu bemerken. Der Kopf wird meist gerade gehalten, oder zuweilen auf kurze Zeit blos leicht nach links gewendet. In beiden Sterno-cleido-mast. schwache convulsivische Bewegungen, die nur der tastende Finger fühlt. Die Augen zuweilen nach links gewandt, zuweilen nehmen sie von neuem die gerade Richtung ein. Der linke Arm ist wie früher halbgebogen und an den Körper gezogen, befindet sich im Zustande der Rigidität. Sensible Reize der verschiedenen Körpertheile rufen fast gar keine Reaction hervor; mechanische Reizung der linken Cornea ruft wie früher krampfhaften Lidschluss hervor, der bei Reizung der rechten Cornea nicht beobachtet wird. Bei Untersuchung der Brust wird in den hinteren Partien beider Lungen gedämpfter Ton und abgeschwächtes Athmen constatirt; ausserdem hört man ausgebreitetes feuchtes Rasseln. Der Puls schwach, von 58—60 p. m.; Athmung recht tief, 17 p. m. Die Körpertemperatur um 9 Uhr Morgens 38,2° um 11 Uhr 37,7. Stärkere Anfälle hatte der Kranke im Verlaufe des Morgens nicht.

3 Uhr Nachmittags. Der Körper des Kranken ist nach links gekrümmt, in Bogenform, dessen Convexität nach rechts sieht. Der Kopf und die Augenachsen sind meist nach links gewendet; zuweilen, wenn die convulsivischen Bewegungen schwächer werden, nehmen Kopf und Augen wieder die gerade Richtung ein, wenngleich nur für kurze Zeit. Werden die Convulsionen stärker, so bemerkt man zuerst einzelne Wendebewegungen des Kopfes und der Augen nach links, und darauf wenden sich Kopf und Augen des Kranken bis zum Maximum nach links. Untersucht man beiderseits die Musculi sterno-cleido-mast., so findet man, dass rechts der Muskel wie ein Tau angespannt ist, links dagegen erschlafft, obgleich von Zeit zu Zeit auch links schwache zeitweilige Contractionen vorhanden sind. Von den anderen Halsmuskeln participiren an den Krämpfen der M. trapezius und das Platysma myoides rechts, und zuweilen auch der Scalenus anticus links. Während der stärkeren Convulsionen konnte der Kopf gar nicht in gerade Richtung gebracht werden. Wurde Gewalt dazu angewandt, so drehte sich gleichzeitig der Oberkörper des Kranken. Die

rechte Pupille ist enger, als die linke (während vorher das umgekehrte Verhältniss beobachtet worden war) gleichzeitig erschien die Lidöffnung rechts weiter als links. Beide Pupillen reagiren schwach auf Licht, die linke aber bedeutend stärker, als die rechte. Berührung der linken Cornea ruft weit energischeren Lidschluss hervor, als Berührung der rechten. Beide Gesichtshälften ohne Falten. Der rechte Mundwinkel wird krampfhaft nach hinten und oben verzogen. Der Mund halbgeöffnet. Der rechte Vorderarm macht leichte rotatorische Bewegungen. Nirgend an den anderen Körpertheilen, weder in der linken Gesichtshälfte, noch in beiden linken oder in der rechten oberen Extremität, sind Krämpfe vorhanden; der linke Arm aber ist leicht angespannt. Hebt man ihn auf, so hält er sich einige Zeit lang schwebend, und senkt sich langsam. Beide rechte Extremitäten sind wie früher paralytisch. Die ganze rechte Körperhälfte fühlt sich wärmer an, als die linke. Die Athmung ist ungleichmässig, stertorös und laut, doch sind keine Krämpfe der bei der Athmung betheiligten Muskeln zu beobachten. Um 6 Uhr Abends dieselben Symptome. Das Gesicht stark geröthet. Die Krämpfe haben während der ganzen Zeit nicht auf eine Minute aufgehört, behalten aber den Charakter von Anfällen, indem sie zuweilen stärker werden, dann wieder bedeutend schwächer. Körpertemperatur 39,8.

Um 8 Uhr Abends ist der Kopf fast ganz gerade, die Augen nach links gerollt. In den Halsmuskeln und im rechten Arm sind keine Krämpfe; es sind blos leichte krampfhafte Bewegungen in der Zunge nachgeblieben und in der rechten Gesichtshälfte, sowohl im oberen, als im unteren Theile derselben. Die Athmung äusserst erschwert, besonders beim Liegen auf der rechten Seite. Der Kranke hat einige Löffel Bouillon verschluckt. Temperatur um 9 Uhr Abends 40,0°, Puls 126 p. m.

29. September. Im Laufe der letzten Nacht sind die Anfälle seltener und schwächer gewesen. Morgen-Temp. 38,5°. Bei der Visite um 11 Uhr Morgens Folgendes constatirt: Kopf und Augen nach links gewandt, wobei man im M. sterno-cleido-mast. d. krampfhafte Contractionen bemerkt. Zuweilen hört die Deviation auf eine Minute auf, so dass Kopf und Augen die gerade Richtung annehmem. Die linke Pupille ist enger als die rechte, ausserdem bemerkt man Krämpfe in den Muskeln der rechten Gesichtshälfte (besonders in den Muskeln, die den rechten Mundwinkel abziehen, und in den Stirnmuskeln) und in der rechten oberen Extremität. Im Uebrigen stat. idem. Am Abend Temp. 39,8°. Der Kranke schluckte mehrere Löffel Milch. Um 12 Uhr Abends fand ich Folgendes: Kopf und Augen wie früher nach links gewandt, nehmen zuweilen von selbst eine mehr gerade Richtung an, ausserdem bemerkt man krampfhafte Bewegungen in der rechten Gesichtshälfte, in der Zunge und in der rechten oberen Extremität. Zuweilen stellen sich Anfälle stärkerer Krämpfe ein, deren man im Verlaufe des Abends mehrere beobachten konnte; während dieser Anfälle werden Kopf und Augen stark auf die linke Seite gewandt, wobei deutlich Contraction des M. sternocleido-mast. d. beobachtet wird. Darauf entwickeln sich starke Krämpfe in der ganzen rechten Gesichtshälfte, nicht ausgenommen den Musc. front. und Corrugator supercil. Die Kaumuskeln nehmen übrigens nicht Theil an den Krämpfen, wesshalb der Unterkiefer ein wenig herabhängt und der Mund halbgeöffnet ist; die Zunge wird während der Anfälle nach rechts verzogen und liegt zwischen den Zähnen. Ausser dem Gesicht ergreifen die Krämpfe die rechte Halsseite, die rechte obere und untere Extremität, und gehen bei den heftigsten Anfällen auch auf den linken Arm über, ohne aber die linke Gesichtshälfte und das linke Bein zu ergreifen. Jedesmal während der Anfälle verlaufen die Krämpfe in vollkommen stereotyper Weise, gehen also von der rechten Gesichtshälfte auf die Halsmuskeln über, dann auf die rechte obere und rechte untere Extremität. Zum Schluss der Anfälle röthet sich das Gesicht sehr stark, die Krämpfe sistiren aber nicht, sondern werden blos schwächer. Zuweilen wird sogleich nach dem Anfall der Harn gelassen. Während der Anfälle kann der Kopf nicht in die gerade Richtung gebracht werden wegen starker Anspannung der Mm. trapezius und sternocleidomast. rechts, während ausserhalb der Anfälle er leicht gerade gerichtet werden kann, jedoch mit einem neuen Anfall von neuem seine frühere Lage einnimmt nach links. Ausserhalb der Anfälle rufen die stärksten sensiblen Reize keinerlei Reaction von Seiten des Kranken hervor. Die rechte Körperhälfte ist während der ganzen Zeit wärmer, als die linke. Die rechte Pupille ist wie früher enger, als die linke und reagirt nicht auf Licht und sensible Reize; die linke reagirt deutlich auf Licht, und recht schwach auf sensible Reize. Die Sehnenreflexe überall erhalten, und beiderseits von gleicher Qualität. Athmung ist rasselnd und oberflächlich. Puls 112 p. M., schwach und ungleichmässig; in beiden Radiales ist der Puls nicht gleichmässig, in der rechten ist er schwächer und langsamer, als in der linken.

30. September. Morgens Temp. 40,7. Um 11 Uhr liegt der Kranke in gerader Stellung ausgestreckt auf dem Bett. Das Gesicht vollkommen eingefallen, bläulich. Alle Falten haben sich geglättet, die Lider beider Augen sind halbgeöffnet; beide Corneae stark getrübt, reagiren nicht auf mechanische Insulte. Kopf und Augen sind in gerader Haltung, die Augenachsen parallel. Nirgend Krämpfe, ausser zuckenden Bewegungen im rechten Mundwinkel und in der Zunge. Der Unterkiefer hängt stärker herab, als früher. Auf der Haut des ganzen Körpers, und besonders der unteren Extremitäten bemerkt man cyanotische Marmorirung. Die rechte Pupille wie früher enger, als die linke, beide Pupillen reagiren weder auf Licht, noch auf sensible Reize. Athmung stark behindert und schwach. Puls unfühlbar.

Ungefähr um 1 Uhr Mittags starb der Kranke bei einer Körpertemperatur von 39,5° C.

Kleinere Mittheilung.

Ein Mittel den Geruch des Jodoform zu verdecken.

Von

Dr. O. Petersen.

Während einerseits die vorzügliche Wirkung des Jodoform als resorbirendes und Entzündung hemmendes Mittel jetzt allgemein anerkannt wird, ist andererseits die Klage über den penetranten Geruch, der oft schon aus der Entfernnng diejenigen Patienten erkennen lässt, die damit behandelt werden, ebenso allgemein und es sind schon mancherlei Vorschläge gemacht worden diesem Uebelstande abzuhelfen, so Oleum foenicnli und namentlich Balsamum Peruvianum

hinzuzusetzen. Abgesehen davon, dass dadurch das ohnehin schon nicht ganz billige Mittel noch wesentlich vertheuert wird, ist dieses Verfahren doch nicht von Erfolg gekrönt worden.

Durch einen Zufall wurde mir vor Kurzem im Alexander-Hospital Jodoformpulver in einem Fläschen abgelassen, welches vorher *Moschus* enthalten hatte und ich war beim Oeffnen erstaunt nichts von dem bekannten Jodoformgeruch wahrzunehmen. Ich habe nun seither in der Privatpraxis stets sowohl zum Jodoformpulver als auch zu der Lösung einen Zusatz von ½—1 Tropfen Tincturae moschi pro Unze machen lassen und wurde dadurch der specifische Geruch verdeckt, zur grossen Zufriedenheit der Patienten, denn nach Jodoform zu riechen ist auch bereits bei uns in wahrem Sinne des Wortes «anrüchig», da man dabei gleich an Bubonen etc. denkt.

Ich halte mich verpflichtet, diese kleine Beobachtung den Collegen zur Prüfung vorzulegen.

Referate.

Fehleisen: Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik des Juliushospitals in Würzburg. (Separatabdruck aus: Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. XIV, Heft 1 u. 2.)

I. *Ein Fall von Aneurysma der Carotis communis.* Verf. berichtet über einen jener üblen Fälle von Aneurysma der Carotis, die täuschend das Bild einer Angina phlegmonosa darbieten. Da die Athemnoth hochgradig war, machte Prof. Bergmann eine Incision mit dem Pharyngotom, es entleerten sich nur einige Blutgerinnsel. Es folgte sofort die Tracheotomie, Pat. machte nach derselben noch einige Athembewegungen, konnte aber nicht am Leben erhalten werden. Die Section zeigte ein Aneurysma an der Bifurcationsstelle der Carotis von 5 und 3 Cent. Durchmesser, das rupturirt war zum Pharynx hin.

II. *Zur Diagnostik der Dermoide des Schädels.* Anknüpfend an einen Fall von Dermoid-Cyste an der Vereinigungsstelle beider Nasenbeine, der von Prof. Bergmann operirt worden, bespricht Verf. eingehender die Diagnostik der Dermoide, namentlich ihre Unterscheidung von Encephalocelen und Meningocelen. In Betreff dieses Gegenstandes sei Folgendes aus der Arbeit erwähnt: Das Fehlen der Encephalocelen in der Mittellinie des Schädeldaches erklärt sich einfach aus dem Vorhandensein des grossen Gehirnlängsspaltes hier, eine Meningocele müsste neben der intacten Falx durchtreten, und läge dann doch seitlich, oder es müsste an einer Stelle die Falx unterbrochen sein, was wohl eine Missbildung des Gehirns und des Schädels mit sich führen würde. Wichtig ist ferner der Nachweis des Verf., dass Dermoidcysten durchaus nicht durchweg mit Epithel ausgekleidet sein müssen, sondern manche Theile der Wand nur bindegewebig und mit Endothel ausgekleidet sind, dass also mithin sehr gut zu Zeiten eine Resorption des flüssigen Theils vom Inhalt und damit Verkleinerung der Cyste eintreten kann. T.

Prof. E. Hering: Zur Erklärung der Farbenblindheit aus der Theorie der Gegenfarben. (Lotos. Jahrbuch für Naturwissenschaften. Neue Folge. 1. Bd., 1880.)

Verfasser sucht in seiner Arbeit nachzuweisen, dass die durch Beobachtung der angeborenen Farbenblindheit gewonnenen Resultate direct gegen die Jung-Helmholtz'sche Dreifarbentheorie sprechen, und nimmt statt dieser vier Grundfarben (roth, gelb, grün und blau) an. Von einfachen Gesichtsempfindungen nimmt H. sechs an: weiss, schwarz, gelb, blau, roth und grün, durch deren Zusammensetzung in den verschiedensten Verhältnissen alle vorkommenden Farben und Gesichtsempfindungen entstehen sollen. Mehr als zwei der oben genannten Grundfarben sind in keinem Farbenton erkennbar, nie ist zugleich Roth und Grün oder Gelb und Blau deutlich darin enthalten. Zwei solche Farben, die niemals beide zugleich in einer Gesichtsempfindung deutlich sind, nennt Verf. *Gegenfarben.* Mit Hilfe der sechs genannten einfachen Gesichtsempfindungen und der Gegenfarben sucht Verfasser die bisher bekannt gewordenen Beobachtungen der angeborenen Farbenblindheit zu erklären und kommt dabei zu dem Resultat, dass ein Sehorgan, welches keinerlei rothe Empfindung hat, auch keine grüne haben kann und umgekehrt, und dass eines, das keine gelbe Empfindung hat, auch keine blaue haben kann, was ihm durch Untersuchung von Farbenblinden sichergestellt zu sein scheint. Verf. kennt keine Roth- und keine Grünblindheit, sondern nur eine Rothgrünblindheit; ebenso existirt für ihn keine Gelb- und keine Blaublindheit, sondern nur eine Gelbblaublindheit, wenn auch diese letztere bis jetzt nur in der Theorie, da solche Fälle noch nicht mit Sicherheit beobachtet worden sind. Genauer auf die sehr interessanten theoretischen Deductionen des Verfassers einzugehen, ist hier nicht der Ort, jedenfalls will es auch uns so scheinen, als wenn die von Hering entwickelte Farbentheorie sich zur Erklärung der Farbenblindheit besser eignet, als die Dreifarbentheorie von Helmholtz. L.

Bouchut: Ueber die Chloral-Anästhesie bei der Thoracocenthese der Kinder. (Paris médical, 1880 — № 82.)

Vf. wollte sich anfänglich nicht zur Nachahmung der von einem belgischen Arzt empfohlenen Chloral-Narcose bei Gelegenheit der Thoracocenthese der Kinder entschliessen, aus Furcht, die schon vorhandene Dyspnoe zu vermehren. In einem Fall nun von exsudativer Pleuritis kam es zur Punction; da das Kind sehr unruhig und furchtsam vor den Instrumenten war, entschloss sich Vf. zur Narcose. Es folgt die kurze Krankengeschichte. Dem Kinde von 6½ Jahren wurden Chloralhydrat 2,0 verabfolgt, nach 20 Minuten trat Schlaf ein, nach einer weiteren halben Stunde wurde zur Punction geschritten, durch welche 390 Grm. seröser Flüssigkeit entleert wurden. Das Kind machte nicht die geringste Bewegung, ja ahnte später nicht einmal, was mit ihm geschehen war.

Seit 1867 wendet Vf. diese Narcose stets bei kleineren, schmerzhaften Operationen bei Kindern an, so beim Eröffnen von Abscessen etc. Bei Kindern ist das Chloral zu 2—3 Grm., je nach dem Alter, ein mächtiges und ungefährliches Anästheticum.

Zum Schluss stellt Vf. die Frage auf, ob die Dyspnoe bei Pleuritis durch die Narcose nicht gesteigert würde, ob letztere überhaupt nothwendig sei bei einer so leichten Operation, wie es die Punction ist. Erstere Frage wird verneint; namentlich wenn es zu wiederholten Punctionen kommt, sind die Kinder oft so unruhig, dass die Operation in vielen Fällen kaum ausführbar ist, während in der Narcose sie sich spielend machen lässt. Hlm.

E. Günz (Dresden): Furunculosis nach innerlichem Gebrauch von Condurango. (Vierteljahrschr. f. Derm. u. Syph. 1880, 2. u. 3. Heft.)

Schon vor Jahren ist die Cortex Condurango in Form von Decocten gegen Krebs und Syphilis empfohlen worden, aber erst 1874, als Friedreich an dieses Mittel erinnerte, kam es wieder mehr in Aufnahme. Seit dieser Zeit hat Vf. es in einigen tausend Fällen von Syphilis angewandt, kann diesem Mittel jedoch keinen anderen Erfolg als den anderen Holztränken zuschreiben. Dem ersten Tausend seiner Patienten wurde das Decoct aus 100 Grm. Condurango auf 600 Grm. Wasser (eingekocht auf 500 Grm. in zwei Tagen zu trinken) verabfolgt. Die Behandlung dauerte 2—3 Wochen. Späterhin hat Vf. nur den vierten Theil der genannten Dosis angewandt, weil sich dazwischen Hauteruptionen zeigten, die den Patienten belästigten. Unter 1000 Patienten trat 20 Mal eine Entwickelung von Pusteln und namentlich Furunkeln an verschiedenen Körperstellen auf. In einigen Fällen hatte sich eine acute Acne im Gesicht entwickelt.

Analogieen kommen namentlich bei einseitigem Fettgenuss vor und erinnert Vf. an das Experiment, wonach Hunde bei 6wöchentlicher einseitiger Ernährung mit Olivenöl und Weissbrod unter Entwickelung von Hornhautgeschwüren, Marasmus und zuweilen von Pustelbildung und Decubitus zu Grunde gehen. P.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

In der Eulenburg'schen Realencyclopädie der gesammten Heilkunde. Lieferung 27 bis 32 sind folgende umfangreichere Aufsätze erschienen:

Conjunctivitis von Reuss.—Convulsionen von Rudolf Arndt.—Cosmetika (31 Seiten) von Bernatzik. — Croup von B. Fraenkel. — Darmcatarrh von Hermann Eichhorst. — Darmgeschwür von demselben. — Darmstenose von demselben. — Delirium und Delirium tremens von Mendel. — Dementia paralytica von demselben. — Desinfection von Al. Müller u. Falk. — Diabetes mellitus von C. A. Ewald. — Diät u. diätetische Curen von Kisch.— D—o.

A. Wölfler: Ueber die Entwicklung und den Bau der Schilddrüse mit Rücksicht auf die Entwicklung der Kröpfe. (Mit 7 lith. Taf. und 4 Holzschnitten. Berlin G. Reimer 1880).

Die vorliegenden Untersuchungen wurden zu dem Zwecke unternommen, über die Entstehungsweise der den Kropf constituirenden Gebilde Klarheit zu erhalten; der Autor beschäftigte sich daher mit der normalen Anatomie der Schilddrüse und ebenfalls mit ihrer Entwicklung von der ersten Anlage an; in der vorliegenden Arbeit erhalten wir nur die Resultate des embryologischen Theiles der Untersuchung, die pathologische soll später erscheinen.

Als Untersuchungsmaterial dienten Embryonen verschiedener Säugethiere, die jedoch nicht erheblich von einander abwichen; es konnte die erste Anlage der Schilddrüse als eine *paarige* erkannt werden und zwar herrührend vom Epithel der Kiemenspalten; das Epithel, welches die beiden ersten Kiemenspalten auskleidet, vergeht nicht, sondern proliferirt lebhaft und entwickelt sich zu einer langgestreckten Blase, im Ganzen also zu zwei *Epithelblasen* oder *Schlundblasen*; sie haben einen centralen Spalt, der vom Schlundepithel ausgekleidet ist und Anfangs noch mit dem Schlund in offe-

ner Verbindung steht. Die beiden Blasen entsenden später an ihrer ganzen Peripherie cylindrische oder kuglige Epithelsprossen, welche der Autor als *primäre Drüsencylinder* bezeichnet; in diesem Stadium bietet die Schilddrüsenanlage vollkommen das Bild einer wachsenden Drüse. Von der der Carotis zugewandten Fläche der Drüse aus beginnt gegen die Mitte derselben fortschreitend eine lacunäre Vascularisation: Die in die Drüsenmasse eindringenden weiten Gefässe zerspalten das ganze Gewebe in kleinere Drüsenstückchen, die wie Inseln zwischen den weiten Gefässen liegen. Darauf beginnt das Gefässnetz sich zu ändern, es rangiren sich die Gefässe netzartig und damit streben auch die zahlreichen Drüsenstückchen, die unregelmässige Form hatten, der Kugelform zu. Am Ende der foetalen Periode resp. bald nach der Geburt beginnt die Sekretion in diese Zellkugeln; so entstehen Blasen, welche entweder von Cylinder- oder Plattenepithel ausgekleidet sind und central die bekannte Füllungsmasse enthalten. Die von Plattenepithel umgebenen Blasen sind die häufigeren, sie sind aus Epithelhaufen von kleinen, rundlichen Zellen hervorgegangen, deren centrale Zellen durch Metamorphose wohl das erste Sekret in den Drüsenblasen liefern.

Es besteht demnach die normale Schilddrüse aus abgeschlossenen Drüsenblasen, die von einem Capillarnetz und einer Bindegewebshülle umgeben werden; meist werden zwei bis drei der Bläschen von einem Gefässstämmchen versorgt. Die Form der Blasen wechselt: bei Zunahme des in ihnen enthaltenen Sekrets werden sie kuglig, sonst findet man auch neben Kugeln schlauchförmige, mitunter sich verzweigende Blasen, die aber immer abgeschlossen sind. Alle diese Gebilde — die Follikel der Schilddrüse — haben keine membrana propria, ihre einschichtige Zellenlage grenzt entweder direkt an die Capillarwand oder an Bindegewebsfasern. Stets findet man die Drüse in den centralen Theilen weiter entwickelt als in den peripheren, was zur Folge hat, dass eine Zeit lang der centrale Theil fertig gebildet ist, und man von da aus nach der Peripherie die einzelnen Stadien beobachten kann.

Die *Vergrösserung der normalen Schilddrüse* erfolgt:
1) durch die weitere Entwicklung der noch unfertigen Drüsenmassen;
2) durch Zunehmen der Flüssigkeit in den Drüsenblasen (Follikeln);
3) durch Neubildung von Drüsenblasen an der Wand der alten und
4) durch Zerfall einer Blase in zwei oder mehrere. B—n.

Russische medicinische Literatur.

№ 55. **Medizinskoje Obosrenje.** Februar-Heft 1881.
Inhalt: a. Bogomolez: Ein Fall von angeborener Ectopia vesicae urinariae bei einem Manne.
b) N. Shiwopisez: Ein Fall von angeborener Ectopia vesicae urinariae bei einer Frau.
c) M. Reich: Ein Fall von Peliosis ciliaris completa.
d) Sneshkow: Zur Casuistik des Abdominaltyphus bei Kindern, complicirt mit Purpura.
e) Lebedew: Eine Ovariotomie.

№ 56. **Wratsch.** № 10.
Inhalt: a A. Dochmann: Ein Fall von Hysterie. (Aus der Klinik des Prof. Winogradow).
b) G. Szapiro: Klinische Untersuchungen über den Einfluss der Körperstellung und der Compression der peripherischen Arterien auf die Herzthätigkeit. (Aus der Klinik des Prof. Eichwald).
c) G. Herzenstein: Das Militär-Sanitätswesen im letzten türkischen Kriege. (Forts.)
d) Kramnik: Ueber die Ursachen der Krankheiten der Conjunctiva unter den Truppen.

№ 57. **Klinitscheskaja Gaseta** № 10.
Inhalt: a. N. Ssimanowski: Therapeutische Wirkung der Tinctura convallariae majalis bei Herzneurose. (Aus der Klinik des Prof. Botkin).
b) F. Treskin: Zwei Fälle von Laesion des Rückgrates. (Schluss).
c) W. Bechterew: Ein Fall von Leptomeningitis haemorrhagica. (Schluss).
d) J. Ssikorski: Ueber Stottern.

№ 58. **Wratschebnija Wedomosti.** № 9.
Inhalt: a. P. Peskow: Die Bedeutung der Statistik in Verbindung mit der Wahrscheinlichkeitstheorie in der Geschichte der Fortschritte des menschlichen Wissens. (Forts).
b) M. Andruski: Bericht über die psychiatrische Abtheilung des Charkowschen Gouvernements-Landschaftshospitals pro 1880. (Forts.)
c) M. Wyssozki: Ueber Behandlung der Diphtheritis.

№ 59. **Sdorowje.** № 155.
Inhalt: Prof. Andrejewski: Ueber die Fürsorge der Landschaftversammlungen in Bezug auf die Organisation einer Sanitätsaufsicht über die Schulen.

№ 59. **Sitzungsprotocoll der kaukasischen medicinischen Gesellschaft.** № 11 und 12.
Inhalt: G. Turbin: Ueber die Behandlung des Prolapsus ani (№ 12).

№ 60. **Tageblatt der Kasan'schen ärztlichen Gesellschaft.** 1881, № 1.
Inhalt: a. Prof. Winogradow: Ueber Auscultationserscheinungen in den peripherischen Arterien bei organischen Erkrankungen des Herzens.
b) Prof. Ssorokin: Ueber Spirochaeten.

№ 61. **Tageblatt der Kasan'schen ärztlichen Gesellschaft.** 1881, № 2.
Inhalt: a. Prof. Ssorokin: Ueber Spirochaeten.
b) A. Gehberg: Ein Fall von Transposition der Brust- und Bauchorgane.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— La gaceta de sanidad militar. № 148.
— Revista médico-quirurgica. № 20.
— Revista médica de Chile. № 6.
— Qualitative Harnanalyse, den Bedürfnissen praktischer Aerzte angepasst von A. Krassin (russ.) — Orel 1880.
— Anales del circulo medico Argentino. № 5.
— Archives of Laryngology edited by L. Elsberg. № 1. — New-York 1881.
— Il movimento medico-chirurgico diretto dal Prof. Dr. Michele del Monte. № 1. — Napoli 1881.
— La independencia médica. № 36 u. 37.
— El medico y cirujano centro-americano. № 13.
— Paris médical. № 9.
— Humoristica medica von Dr. Bernstein. F. Kytka. — Prag 1881.
— The strong galvanic current in the treatment of sciatica by V. P. Gibney. Collins, Printer. — Philadelphia 1880.

Tagesereignisse.

— Am 6. März verstarb hieselbst der Geheimrath Dr. Clemens von Broszniowski, c. 64 Jahre alt, an einem Herzleiden. Der Verstorbene stammte aus Kurland, erhielt seine Schulbildung im Mitauer Gymnasium und bezog darauf die Universität Dorpat, wo er von 1837—1843 Medicin studirte. Nach Absolvirung des Arztexamens war er successive Ordinator an dem Kriegshospital in Dmitriewsk, Arzt bei einem Jägerregimente, von 1873—1878 Militär-Medicinal-Inspector des kaukasischen Militärbezirks und wurde dann nach Petersburg übergeführt, wo er als beständiges Mitglied des gelehrten Militär-Medicinal-Conseils bis zu seinem Lebensende fungirte.

— Am 7. März hat sich der seit Kurzem am Obuchow-Hospital angestellte ausseretatmässige Ordinator Okunew, 35 Jahre alt, im Hinblick auf seine — selbstverschuldete — aussichtslose Lage, mit Morphium vergiftet.

— In Teplitz ist der dortige Badearzt Dr. Emanuel Rezek, welcher unseren Lesern aus mehreren in dieser Wochenschrift von ihm erschienenen Mittheilungen erinnerlich sein wird, gestorben.

— Als Professor der Chirurgie und Ophthalmologie und Director der chirurgischen Klinik an der Universität Yeddo ist Dr. Scriba, Assistent des Prof. Maas in Freiburg, berufen worden, nachdem die Docenten Dr. Sonnenburg in Strassburg und Dr. Tillmanns in Leipzig diesen Ruf abgelehnt hatten.

— Docent Dr. Sonnenburg (Strassburg) siedelt nach Berlin über, um die erste Assistentenstelle an der Langenbeck'schen Klinik zu übernehmen.

Miscellen.

— Spencer Wells hat in der Sitzung der Royal medical and surgical society in London vom 22. Februar c. eine Uebersicht von *weiteren 200 Ovariotomieen* gegeben, welche die Zahl der von ihm ausgeführten nunmehr auf 1000 bringen. Die Mortalität des neunten Hunderts war 17, des zehnten 11. Ueberhaupt sind 231 gestorben, 769 geheilt, doch hat sich die Mortalität von 34 bei dem ersten Hundert auf 11 bei dem letzten vermindert. Seit dem 888. Fall sind alle Operationen in der Privatpraxis und unter antiseptischen Cautelen ausgeführt worden; die Mortalitätsziffer war 10,6 pCt.
(Berl. kl. W.

— In *Deutsch-Wilmersdorf* nahe bei Berlin ist von dem Oeconomie-Inspector Wegener eine *Heilanstalt für Trunksüchtige beiderlei Geschlechts* angelegt. Die ärztliche Leitung der Anstalt hat Sanitätsrath Dr. A. Baer übernommen, der durch sein treffliches Werk[1]: «Der Alkoholismus, seine Verbreitung und seine Wirkung auf den individuellen und socialen Organismus, sowie die Mittel, ihn zu bekämpfen» als gediegener Kenner des Alkoholismus sich bewährt hat. Die Anstalt ist für die wohlhabenden Klassen bestimmt und die Zahlung, den Anforderungen dieser Klassen entsprechend, auf 300 Mark pro Monat für die erste Klasse, 250 Mark für die zweite und 180 Mark für die dritte Klasse festgesetzt. Diese Preise erscheinen, wenn man die grossen Unkosten einer derartigen Anstalt berücksichtigt, nicht zu hoch normirt. England und die Vereinigten Staaten besitzen viele solcher Trinkerasyle. Auf dem

[1] Eine Besprechung dieses Werkes findet sich auf S. 333, Jahrg. 1878 unserer Wochenschrift.

ganzen Continente existirte bis jetzt nur *ein* derartiges Asyl in *Lintorf*, welches in den wenigen Jahren seines Bestehens erfreuliche Resultate aufzuweisen hat, indem trotz aller ungünstigen Umstände 25 pCt. der dort behandelten Trinker vom Trunke frei geblieben sind.

— Die *Pest* ist in Mesopotamien, ihrer alten Brutstätte, wieder ausgebrochen. In Djagra sind in der Zeit vom 15—28 Februar 30 Personen, in Nedjew vom 28. Februar bis 2. März 18 Personen an der Pest gestorben. Auch in Kerbela, das während der letzten Pestepidemieen stets verschont geblieben war, sollen Todesfälle an der Pest vorgekommen sein. Auf den Antrag des internationalen Gesundheitsrathes hat die Pforte die von der Pest heimgesuchten Ortschaften durch einen doppelten Cordon abgesperrt.

— Dr. Rigler hat im Verein der Aerzte von West-Berlin einen beachtenswerthen Vortrag «*wider Homöopathie und Homöopathen und ihre jetzige Stellung im Staate*» gehalten. Nach Rigler's Meinung ist keine Form der Kurpfuscherei bedeutungsvoller und betrübender, als diejenige, welche nicht nur von Laien, sondern leider! auch von einzelnen Aerzten ausgeübt wird, und die sich unter dem sprachlich wie sachlich in gleicher Art sinnlosen Namen der «Homöopathie» verbirgt. Sie habe wesentlich dazu beigetragen, jeder anderen Art von Medicinalschwindel Thür und Thor zu öffnen und die Begriffe der Menge in Bezug auf die Heilkunde überhaupt in der schlimmsten Weise zu verwirren. R. verlangt daher die Aufhebung der Ausnahmestellung, in welcher die sog. homöopathischen Aerzte durch die Befugniss des Selbstdispensirens, zum grössten Nachtheil des Ansehens und der Würde der Heilkunde, bisher sich befunden haben. Ausserdem spricht er sich für die Nothwendigkeit einer gesetzlichen Bestimmung aus, nach welcher die Arzneistoffe, mit Ausnahme der für den Handverkauf zugelassenen Mittel, nur auf ordnungsmässig verschriebene Recepte, und nur in der allgemein üblichen Form verabfolgt werden dürfen, aus welcher die Mischungsverhältnisse in deutlicher und controlirbarer Weise hervorgehen.

— Aus dem Bericht der 3 grossen *Wiener Hospitäler* pro 1879 führt die Wiener med. W. folgende interessanten Data an:

Sie haben einen Belegraum von 3,460 Betten und wurden frequentirt:

Das Allgem. Krankenhaus von	23,068	Patienten.
» Wiedener »	» 6,328	»
Die Rudolphstiftung »	» 7,825	»
Zusammen	37,219	Patienten.

Die durchschnittliche *Verpflegungsdauer* eines Kranken betrug 28, 24 resp. 26 resp. 30 Tage.

Die Mortalitätsziffer stellte sich auf 13 pCt., resp. 11,6 pCt., resp. 12 pCt.

Von besonderem Interesse für unsere Hospitalverhältnisse ist der Kostenpunkt. Jeder Patient kostete den Hospitälern 27, resp. 25 resp. 22 Gulden, mithin betrug die Summe pro Verpflegungstag 73—97 Kreuzer, nach unserem Cours ca. 80—90 Kop.

— Die Verfertiger chirurgischer Instrumente F. G. Otto & Sons in New-York empfehlen in der Cincinnati Lancet and Clinic ihre aus *Celluloid* angeführten Instrumente, wie Spritzen zu subcutanen Injectionen (4 Doll.), Mutterspiegel (1 u. 5 Doll.), Ohr-, Nasen- und Uterinspritzen (à 1.25 Doll.), Ohr- und Blasencatheter (35, resp. 50 Cts.) und geben als Vorzüge der von ihnen verwendeten Masse die der des Glases gleichkommende Durchsichtigkeit bei gleichzeitiger bedeutend grösserer Festigkeit an. Hz.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 8. März 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	950	352	1302
Alexander- «	767	166	933
Kalinkin- «	—	574	574
Peter-Paul- «	404	161	565
St. Marien-Magdalenen-Hospital	166	71	237
Marien-Hospital	294	484	778
Ausserstädtisches Hospital	550	121	671
Roshdestwensky-Hospital	49	39	88
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	347	156	503
4 zeitw. Hospitäler	655	165	820
Ausschlags-Hospital	18	11	29
Summa der Civilhospitäler	4200	2300	6500
Nikolai-Kinder-Hospital	46	54	100
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	78	100	178
Elisabeth-Kinder-Hospital	30	35	65
Summa der Kinderhospitäler	154	189	343
Nicolai-Militär-Hospital	680	19	699
Ssemenow'sches Militär-Hospital	339	—	339
Kalinkin-Marine-Hospital	320	—	320
Gesammt-Summa	5693	2508	8201
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	1394	367	1761
Scarlatina	27	22	49
Variola	8	3	11
Venerische Krankheiten	840	568	1408

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 1. bis 8. März 1881 besucht von 1900 Kranken, darunter zum ersten Mal von 906.

Nächste Sitzung des allgem. Vereins St. Petersburger Aerzte, Dienstag den 24. März 1881.

Nächste Sitzung d. deutschen ärztlichen Vereins, Montag den 16. März 1881.

BAD ELSTER

im Königlich Sächsischen Voigtlande, Eisenbahnstation zwischen Reichenbach in Sachsen und Eger in Böhmen.

Saison vom 15. Mai bis 30. September.

(1880 Frequenz: 5050 Personen mit Einschluss der Passanten).

Elster besitzt **an Kohlensäure reiche, alkalisch-salinische Stahlquellen**, die zu Trink- und Badecuren dienen, **1 Glaubersalzsäuerling** (die Salzquelle), Lager von vortrefflichem salinischem Eisenmoor. Die Mineralwasserbäder werden, je nach Verlangen mit oder ohne Dampfheizung bereitet. Molken täglich frisch.

Erfolgreiche Anwendung finden die Elsterer **Eisenquellen** und **Moorbäder** gegen **verschiedene Zustände** von **Blutarmuth**, wie nach schweren Geburten, Aborten, starken Verwundungen, bei Hämorrhoidalblutungen, nach überstandenen schweren acuten und chronischen Krankheiten u. s. w., bei Bleichsucht mit Neigung zu Ricidiven; gegen **Krankheiten des Nervensystems**, als krankhafte Reizbarkeit desselben, Nervenschwäche, Hysterie, Neuralgien, Erschöpfungsparalysen, beginnende Tabes dorsalis, und gegen gewisse **Krankheiten der weiblichen Sexualorgane**, als Menstruationsmangel, zu reichliche und schmerzhafte Menstruation, Catarrh der Gebärmutter, Sterilität etc.

Die **Elsterer Salzquelle** (Glaubersalzsäuerling), nur zu Trinkcuren benutzt, bewährt sich bei **Blutstockungen** im **Unterleibe**, sogenannter Abdominalplethora, besonders wenn ein gewisser Grad von Blutarmuth nebenbei besteht, bei **chronischen Magen- und Dickdarmcatarrhen**, bei **habitueller Stuhlverstopfung, chronischer Blutüberfüllung** der **Leber** und der **Gebärmutter** mit zu reichlicher Menstruation, bei **chronischem Bronchialcatarrh** und **chronischer Gicht**.

Die Curmittel von Elster werden mit bestem Erfolg vielfach auch zu Nachcuren nach dem Gebrauche anderer Bäder verwendet

Die **ausserordentlich gesunde**, vor rauhen Ostwinden geschützte **Lage des Ortes** in lieblicher Waldgegend bei einer Seehöhe von 473 Meter empfiehlt aber Elster in Sonderheit auch als **klimatischen Curort** für **blutarme Kranke** und **Nervenleidende**, sowie für **Solche, welche durch geistige Ueberanstrengung erschöpft sind.**

Zu weiterer Orientirung über die therapeutischen Verhältnisse wird auf die Officialschrift: «Bad Elster von Dr. R. Flechsig. 2. Auflage. Leipzig im Verlage von J. J. Weber 1875» verwiesen.

Der **Mineralwasserversandt** erfolgt durch den **Brunnenpächter Robert Blankmeister**, der **Moorerdeversandt** durch die **Königliche Bade-Direction.** 27 (3)

Bad Elster 1881. Der Königliche Badedirector **Otho.**

Alleinige Annoncen-Annahme für das Ausland (ausser Buchhändler-Anzeigen) bei **L. Metzl,** Central-Annoncenbureau aller Zeitungen Europas **in Moskau**, grosse Dmitrowka, Haus Butschanowa und Petrowka, Haus Solodownikow, Allgemeine Anfahrt mit dem Théâtre Bouffe in der Bel-Etage.

Finnische Kindermilch

wird auf schriftliche Bestellung in der Fabrik **Новый финляндскій водочный и пуншевый заводъ Васильевскій Ост., 11 линія, № 56** frei ins Haus geliefert. — Enthält 1¼ und 2½ pCt. Alcohol und wird gebraucht bei **Reconvalescenten, Wöchnerinnen, nährenden Frauen, Rhachitis** und **Darmcatarrh** der Kinder, überhaupt in allen Fällen, wo eine stärkende Diät nöthig.

Preis für № 1, 1¼ pCt. . . . . 40 Kop.
„ „ № 2, 2½ pCt. . . . . 55 „

Das Glas wird mit 5 Kop. retour genommen.

Hospitälern und anderen Anstalten Rabatt.

Die Milch hält sich 3—4 Tage, ohne zu gerinnen bei verkorkter Flasche. 23 (2)

---

chez Mrs. Stoll & Schmidt, Societé pharmaceutique commerciale russe, H. Klos & Co. 15 (12)

VICHY

Direction: Paris, 22, boulevard Montmartre.

GRAND-GRILLE. Gegen lympathische Neigungen, schlechte Verdauung, Verstopfung der Leber, der Milz, des Leibes, Steinkrankheit u. s. w.

HOPITAL. Gegen Verdauungsbeschwerden, Magenbeschwerden, Appetitlosigkeit, Magenschmerzen u. s. w.

CÉLESTINS. Gegen Kreuzschmerzen, Blasenleiden, Steinkrankheit, Podagra, Appetitlosigkeit u. s. w.

HAUTERIVE. Gegen Kreuzschmerzen, Blasenleiden, Steinkrankheit, Podagra, Appetitlosigkeit u. s. w. — Man fordere die Bezeichnung der Quelle auf der Schachtel.

En vente à St. Pétersbourg:

chez Mrs. Stoll & Schmidt, Societé pharmaceutique commerciale russe, H. Klos & Co.

CENTRAL-DÉPOT von VERBAND-WAAREN

hiesiger und ausländischer Fabrikation

Alexander Wenzel, St. Petersburg,

Kasanskaja im Gebäude des Findelhauses № 3b, Magazin № 7.

Carbol-, Salicyl-, Thymol- und Jod-**Watten** und **Juten**, Lister's antiseptischer Verband-Binden und -Schienen jeder Art, gebrannter Gyps und sämmtliches Zubehör für jeden Verband.

Assortimente von Verband-Waaren in **Kasten** mit Fächern für Eisenbahn-Stationen u. Züge, Fabriken, Feuerwehren etc. etc.

Ctrl. Msk. 5632/44] **von Rbl. 25 bis Rbl. 200.** 71 (3)

Schlesischer Obersalzbrunnen.

Amtlich constatirter Versandt pro 1880 — 250,911 Flaschen.

Die hiesigen Mineralquellen **Oberbrunnen** und **Mühlbrunnen** sind alkalische Säuerlinge höchsten Rufes. Sie rangiren mit Ems und Eger Salzquelle und sind, weil **sie mild wirken, ohne zu schwächen**, seit Alters her heilbewährt in Krankheiten der Lungen und Luftröhren, sowie der Unterleibsorgane, besonders plethora abdominalis, chron. Katarrh des Magens und Duodenums, Blasenkatarrh etc. Ihre Versendung geschieht während des ganzen Jahres. Wiederverkäufer erhalten Rabatt. (Ctrl. Msk. 5144)

Kurort Ober-Salzbrunn im Schlesischen Gebirge, Fürst von Pless'sche Brunnen-Inspection. 24 (2)

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 13. Марта 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh. Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

ST. PETERSBURGER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg, Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (Carl Röttger).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 12. St. Petersburg, 21. März (2. April). 1881.

Ueber die klinischen Erscheinungen des Symptoms von combinirter Abweichung der Augen und des Kopfes (Déviation conjugée de la tête et des yeux) bei Affectionen der Gehirnrinde.

Von

Dr. W. Bechterew.

Aus der psychiatrischen Klinik von Prof. Mershejewski in St. Petersburg.

(Fortsetzung).

Aus dem Sectionsprotocoll erwähne ich, dass das Herz ein wenig ausgedehnt gefunden wurde, in beiden Lungenspitzen Verdichtung des Gewebes mit grauen miliaren Knötchen und hie und da kleine käsige Herde. Ausserdem die hintere Partie der linken Lunge hypostatisch. Milz und Leber ein wenig vergrössert. Die Nieren gleichfalls grösser als normal, die Nierenbecken sind ausgedehnt und enthalten eitrige Flüssigkeit. Am Hirn wurde folgendes gefunden: auf der inneren Oberfläche der dura mater alte Extravasate. Im Subarachnoidealraum eine grosse Menge seröser Flüssigkeit; Pia mater ödematös, hyperämisch und ein wenig getrübt, besonders in der Stirn- und Scheitelgegend. Im Verlaufe der Fissura longitud. cerebri ist die Pia mater verwachsen mit der Arachnoidea und der darunterliegenden Hirnsubstanz. Ausserdem bemerkt man an mehreren Stellen, besonders an den Scheitel- und Stirnlappen beider Hemisphären, dass Arachnoidea und Pia an die Ränder der Gyri angewachsen sind, während die Sulci zwischen den Windungen frei bleiben von den Verwachsungen, und die Hirnhäute an diesen Stellen echte sackförmige Auftreibungen darstellen, die beim Anstechen reichlich seröse Flüssigkeit entleeren. Derartige Ansammlungen seröser Flüssigkeit im Subarachnoidealraum findet man an der rechten Hemisphäre im mittleren und oberen Theil der ersten Stirnwindung, im oberen Theil der Centralwindungen und ebenso im oberen Theil des ersten Stirn-Sulcus. Auf der linken Hemisphäre sind die partiellen Anhäufungen seröser Flüssigkeit noch bedeutender, und befinden sich hauptsächlich am oberen Theil der ersten Stirnwindung, entsprechend dem oberen Theil des Sulcus Rolandi, und ebenso auf dem hinteren Abschnitte der dritten Stirnwindung. Die Stirnwindungen sind entsprechend allen diesen Stellen bedeutend atrophirt, sie ragen hervor wie Kämme, die Sulci zwischen ihnen sind stark verbreitert, und zeigen an einzelnen Stellen recht bedeutende Vertiefungen. Besonders starke Atrophie zeigen die beiden ersten Stirnwindungen in ihrem oberen und mittleren Theile, die oberen Abschnitte beider vorderen Centralwindungen (besonders an der linken Hemisphäre) und der hintere Theil der dritten Stirnwindung an der linken Hemisphäre.

Auf Durchschnitten erscheint die graue Rindensubstanz an den atrophischen Stellen verdünnt. Bei Eröffnung der Ventrikel entströmt eine grosse Menge seröser Flüssigkeit; die Höhlungen der seitlichen, — 3. und 5. — Ventrikel sind ausgedehnt. Auf ihrem Ependym, besonders aber auf der Oberfläche der Ganglien bemerkt man starke Granulationsentwicklung, von welcher auch der Boden des 4. Ventrikels bedeckt ist. Die Plexus choroidei laterales sind hyperämisch und stellen kleine seröse Cysten dar. An der Hirnbasis lenken Anomalien der grossen Gefässe die Aufmerksamkeit auf sich. So fehlt die Art. communic. post. vollständig, und der Circul. art. Willisii erscheint daher nicht vollständig. Die Art. cerebralis post. geht direkt aus der Basilaris hervor, während die entsprechende Art. rechts recht hoch aus der Art. communicans entspringt. Ausserdem erscheint die Art. cerebri ant. auf der Strecke von der Carotis bis zur Art. communicans ant. links weit schwächer als rechts. Die Artt. fossae Sylvii sin. et dextra zeigen einige geringe sklerotische Verdichtungen. In den übrigen Hirntheilen sind keine Veränderungen gefunden. Gewicht des ganzen Hirns (ohne Dura mater) 1162 Gramm. Auf Durchschnitten des Rückenmarks, entsprechend seinem rechten Seitenstrange, bemerkt man leicht grauliche Verfärbung.

Um durch die bei der Section gefundenen Veränderungen die Symptome der letzten Lebenstage zu erklären, ist es unerlässlich einige Erläuterungen vorherzuschicken.

Krampfanfälle sind, wie wir wissen, eines der Symptome der Erregung der Bewegungs-Sphäre, und müssen natürlich bedingt sein durch irgend einen Reiz, der auf bestimmte Hirnbezirke einwirkt. Die gewöhnlichen Veranlassungen dieses Reizes (Geschwülste, frische Blutergüsse u. s. w.) fehlten in diesem Falle und bei der Section fand man von bedeutenderen organischen Veränderungen blos locale Atrophieen der Hirnoberfläche, welche in der Gegend der Stirn- und Schläfewindungen localisirt waren. Es fragt sich nun, auf welche Weise kann man sich die Entstehung und Ausbreitung der Krampfanfälle bei unserem Kranken erklären?

Wie bekannt, bilden Atrophieen der Hirnoberfläche bei der Section von an progressiver Paralyse Verstorbenen nicht nur einen häufigen, sondern sogar einen gewöhnlichen Befund. Diese Atrophieen nehmen, wie aus den Untersuchungen Meynert's [1] über diese Krankheit bekannt, besonders die Stirn- und Scheitelgegenden ein, weniger oft die Schläfen- und Hinterhauptlappen. In unserem Falle finden wir nur die Besonderheit, dass die Atrophieen sehr bedeutend erscheinen, und gleichzeitig begrenzter, als es gewöhnlich beobachtet wird.

Um sich die Entstehung dieser Atrophieen zu erklären, und um die Entwickelung der Krampfanfälle in ein Abhängigkeitsverhältniss zu denselben zu bringen, muss man seine Aufmerksamkeit noch auf andere begleitende Erscheinungen richten. Wir sahen, dass am untersuchten Hirn sich in hohem Grade deutliche Erscheinungen diffuser chronischer Meningitis vorfanden, begleitet von Verwachsung der Hirnhäute an die Windungen. Wegen Unebenheit der Hirnoberfläche ist diese Verwachsung nicht gleichmässig, ergreift vorwiegend die mehr hervorgewölbten Theile der Hirnrinde, d. h. die Kämme der Windungen, die unmittelbar von den Hirnhäuten bedeckt sind; im Gegensatz dazu bleiben die Vertiefungen und Sulci zwischen den Windungen vollkommen frei von Verwachsungen. In Folge einer solchen Vertheilung bildeten sich an einzelnen Stellen an der Hirnoberfläche vollkommen abgeschlossene Höhlen, die mit seröser Flüssigkeit angefüllt waren. Es fragt sich jetzt, was wird geschehen bei jenen gewöhnlichen Störungen der Blutcirculation, besonders Hyperämieen, welche bei der in Rede stehenden Krankheit eine so häufige Erscheinung bilden? Wir wissen, dass unter normalen Verhältnissen der Druck der Hirngefässe sich in einem gewissen Gleichgewicht befindet mit dem Druck der Cerebrospinal-Flüssigkeit, welche die Ventrikel erfüllt, und die Hirnoberfläche frei umspült; für die letztere sind alle Bedingungen zum Abfluss vorhanden, wenn ein starker Druck seitens des Gefässsystems eintritt; jede Verstärkung des Druckes seitens der Hirngefässe in Folge von Blutzufluss zum Kopf veranlasst die Cerebrospinal-Flüssigkeit abzuströmen durch ihre natürlichen Abflusskanäle, den Aquaeductus Sylvii und den Hiatus Magendii, in den Rückenmarks-Kanal, um das Hirngewebe von dem ihm drohenden Druck zu entlasten. Wenn nun die Hirnhäute an die Ränder der Windungen angewachsen sind, wie solches in unserem Falle beobachtet wurde, so muss an einigen Punkten der Hirnoberfläche der freie Abfluss der Cerebrospinal-Flüssigkeit im Verlauf der Sulci vollkommen behindert sein, und diese Flüssigkeit, die keinen Abfluss hat, muss einen starken Druck auf die darunter befindliche Hirnoberfläche ausüben; das Resultat ist einerseits eine Ernährungsstörung des Gewebes, die sich anatomisch durch Atrophie der Hirnoberfläche documentirt, andererseits werden acute Functionsstörungen hervorgerufen, die klinisch in epileptoiden Anfällen ihren Ausdruck finden.

Den vorliegenden Fall erkläre ich nun folgendermassen: In Folge einer diffusen Meningo-Encephalitis, die Verwachsungen der Hirnhäute mit den Kämmen der Hirnwindungen zurückliess, hatten sich auf der Hirnoberfläche vollkommen abgeschlossene, mit serösem Inhalt angefüllte Räume gebildet, und diese abgeschlossene Flüssigkeit konnte durch ihren Druck eine locale Atrophie der Hirnoberfläche hervorbringen. So zog die Sache sich langsam und stufenweise hin, bis in Folge einer oder der anderen Veranlassung ein bedeutender Blutzufluss zum Gehirn statt hatte und der Druck auf die Hirnoberfläche von Seiten der serösen Flüssigkeit dadurch plötzlich gesteigert wurde; das Resultat waren Symptome einer functionellen Erregung des Hirngewebes, die sich in Krämpfen in verschiedenen Regionen des Körpers ausdrückten.

Klinisch ist dieser Fall besonders interessant in Bezug auf das Symptom der combinirten Abweichung der Augen und des Kopfes, welches in dem uns beschäftigenden Falle in ausserordentlich prägnanter Weise während der ganzen Dauer der Krampfanfälle ausgedrückt war. Wie bekannt, sind das Wesen und die pathologisch-physiologischen Beziehungen dieses Symptoms erst in letzter Zeit Dank den klassischen Untersuchungen vor Allem Vulpian's [1], Prevost's [2], Graux's [3] und Landouzy's [4] klar gestellt worden; hier wird es genügen, mit kurzen Worten nur diejenigen Resultate wiederzugeben, zu welchen die Untersuchungen der erwähnten Autoren geführt haben, und von deren Richtigkeit ich mich in einigen Fällen überzeugt habe [5].

Wir wissen, dass das Symptom der krampfhaften Wendung des Kopfes auf eine Seite hauptsächlich von der Theilnahme des 11. Nervenpaares an der Erregung abhängt, welches die Mm. sterno-cleido-mast. und trapezius innervirt. Soweit die bis jetzt bekannten klinischen Beobachtungen einen Schluss gestatten, findet der Einfluss des Gehirns auf das 11. Nervenpaar in direkter, nicht in gekreuzter Weise statt, und folglich muss Erregung dieses Nervenpaares Krämpfe in den Mm. sterno-cleido-mast. und trapezius hervorrufen auf der der Hirnaffection entsprechenden Seite, und der Kopf muss sich zur Seite der Krämpfe und in der Hirnaffection entgegengesetzter Richtung wenden. Die einseitige Ablenkung der Augen hängt dagegen ab von der

[1] Meynert. Das Gesammtgewicht und die Theilgewichte des Gehirns. Vierteljahrsschrift für Psychiatrie 1867. 1. 2. S. 126—170.

[1] Vulpian. Leçons sur la physiologie du système nerveux. 1866

[2] Prevost. Thèse de doctorat. Paris 1868.

[3] Graux. Thèse de doctorat. Paris 1878.

[4] Landouzy. Bulletin de la société anatomique de Paris IV. Série, tome IV. 1879.

[5] Confer meinen Aufsatz. «Ueber die combinirte Abweichung oder Abwendung der Augen und des Kopfes bei Affectionen der Gehirnrinde». Protokolle der Gesellsch. russ. Aerzte 1880.

Theilnahme des 6. Paares an der Erregung, welches den Musc. rectus externus der entgegengesetzten Seite regiert; gleichzeitig wird dabei (mit Hülfe einer unter dem Boden des 4. Ventrikels verlaufenden Anastomose), auf das 3. Paar die Erregung übertragen, welches den Musculus rectus internus derselben Seite innervirt, und auf diese Weise erhält man eine combinirte Abweichung der Augenachsen nach der dem Sitze der Hirnaffection entgegengesetzten Seite, und folglich nach der Seite der Krämpfe. Im entgegengesetzten Falle, bei Affectionen, welche Unthätigkeit dieser selben Nerven hervorrufen, erfolgt Paralyse der Mm. recti ext. et interni des Auges, und in Folge dessen wenden sich die Augenachsen nach der entgegengesetzten Seite, also nach der Seite, die mit dem Sitze der Hirnaffection gleichnamig ist.

Ferner beweisen die Beobachtungen von einseitiger Ablenkung der Augen und des Kopfes bei Affectionen der Hirnrinde, dass das 6. und 11. Nervenpaar, welche diese Ablenkung ausführen, ebenso wie die anderen motorischen Nerven, die Hirnoberfläche erreichen. Folglich giebt die Beobachtung dieses Symptoms im Verlauf einer corticalen Epilepsie oder einer Paralyse die Möglichkeit die Localisation des Leidens in einer oder der anderen Gegend der Hirnoberfläche zu bestimmen, wie bei Krämpfen oder Paralysen anderer Körpertheile. Es ist nur nothwendig, auf Grundlage vorläufiger Beobachtungen möglichst genau den Ort des Ursprungs des 6. und 11. Paares festzustellen. Die Untersuchungen Landouzy's führten den Autor, wie wir wissen zu dem Schluss, dass das Symptom der einseitigen Ablenkung der Augen und des Kopfes abhänge von der Affection des Fusses des unteren Scheitellapens, der sich zwischen der Sylvi'schen und der Parallelfurche (S. postcentralis) befindet [1]. Der Autor kommt zu diesem Schluss einerseits auf Grundlage der von ihm aus der Literatur gesammelten Beobachtungen, andererseits in Folge rein theoretischer Vorstellungen. Letztere gründen sich hauptsächlich auf die häufige Coincidenz des Symptoms der Ablenkung von Kopf und Augen mit Affectionen der Gesichtsmuskeln, — eine Coincidenz, die mit dem höchsten Grade von Wahrscheinlichkeit auf die Nachbarschaft der corticalen Centren, welche das 6. und 11. Nervenpaar und den N. facialis regieren, schliessen lässt; Charcot und Pitres [2] weisen dem letzteren sein Centrum im unteren Abschnitt der Centralwindungen an. Jedoch zeigten viele von Landouzy's Beobachtungen (der Autor gesteht es selbst zu) ein ausgebreitetes Hirnleiden und schliessen deshalb die Möglichkeit einer genauen Localisation aus; diejenigen, bei welchen das Leiden mehr oder weniger begrenzt genannt werden kann, geben hinsichtlich des Ortes, der von der Affection betroffen ist, folgende Proportion: In 8 Fällen (de Jackson, Glicky, Charcot et Pitres obs. XXXIX, Pitres obs. XXXVI, Lépine, Landouzy obs. XIX, Dusaussay und Prevost und Gotard obs. XXXV) befand sich die Affection im mittleren oder oberen Theile der Centralwindungen, oder breitete sich auf die Stirnwindungen aus, und nur in zwei Fällen (Vulpian und Charcot und Pitres) nahm die Affection die benachbarten Regionen mit dem unteren Theile der Centralwindungen ein [1]. In einer von diesen beiden letzten Beobachtungen, die Vulpian angehört, wurde Ablenkung der Augäpfel nach links gleichzeitig mit Paralyse des N. facialis beobachtet, bei der Section aber wurde eine Hämorrhagie gefunden, welche die Hirnwindungen an der Basis der fossa Sylvii einnahm. Im anderen Falle von Charcot und Pitres, in welchem krampfhafte Ablenkung der Augenachsen nach links, gleichzeitig mit Convulsionen im Gesicht und Arme beobachtet wurden, fand sich bei der Section ein Abscess im unteren Theil der aufsteigenden Stirnwindung. Doch auf Grundlage dieser beiden Beobachtungen (bei welchen beiden die Affectionsstelle recht bedeutenden Umfang hatte), während andere widersprechende Beobachtungen vorhanden sind, kann man natürlich noch nicht das Centrum für Ablenkung der Augenachsen und des Kopfes in der Gegend des unteren Scheitellappens localisiren. Vielleicht wäre es richtiger, dieses Centrum in die Gegend des oberen Theiles der ersten Stirnwindung zu verlegen, in Uebereinstimmung mit den Thatsachen, die man bei Thierexperimenten erhalten hat [2]. Für diese Annahme spricht

[1] Landouzy loco cit. Seite 322.

[2] Revue mensuel de méd. et de chirurgie. 1877. № 1. pag. 453.

[1] Natürlich berücksichtigen wir nur die Fälle, in denen von Leiden der Hirnrinde die Rede ist.

[2] Ferrier, die Funktionen des Gehirns, übersetzt von Dr. H Obersteiner, Braunschweig 1879. Bei Hunden befindet sich nach demselben Experimentator das Centrum für Wendung des Kopfes in der Gegend des Sulcus cruciatus. Während ich zu ganz anderen Zwecken Experimente mit Anätzung der Hirnoberfläche ausführte, gelang es mir einige Male bei Hunden echte Anfälle von corticaler Epilepsie hervorzurufen, mit Ablenkung der Augen und des Kopfes auf eine Seite. Beifolgend das kurze Protokoll eines derartigen Experimentes: Am 12. December wird einer Bulldogge während tiefer Narkose mit einem Trepan das Schädeldach in der linken Scheitelgegend eröffnet und darauf die Hirnoberfläche angeätzt. Bald darauf wird das Thier von seinen Fesseln befreit, aber es war noch nicht im Stande, sich auf die Beine zu stellen, als auch schon eine heftige Attaque von Krämpfen sich entwickelte, die von den Hals- und Kaumuskeln ausgingen, und auf die rechte Rumpfseite übergingen. Im ersten Moment wandten sich der Kopf und die Augenachsen stark nach rechts, und beide Kiefer waren so stark aufeinandergepresst, dass sie unter keiner Bedingung geöffnet werden konnten. Einige Augenblicke darauf nahm der ganze Rumpf des Thieres eine bogenförmige Gestalt an mit der Convexität nach links, und beide rechte Extremitäten waren vollkommen extendirt, ihre Muskeln contrahirt, während gleichzeitig beide linke Extremitäten frei blieben von Krämpfen, und nicht die geringste Spur auch nur von tonischer Muskelcontraction zeigten. Darauf begannen heftige klonische Krämpfe, die sich hauptsächlich auf die rechte Körperseite beschränkten: Es begannen convulsivische Contractionen in einzelnen Muskeln beider rechten Extremitäten; das Thier begann heftig mit seiner Schnauze gegen den Boden zu stossen, während seine Kiefer sich krampfhaft öffneten und schlossen, so dass starkes Zähneknirschen zu hören war. Nachdem seit Beginn des Anfalls 7—8 Minuten verflossen waren, begannen die Krämpfe ganz allmählich nachzulassen, und die Ablenkung der Augenachsen und des Kopfes sistirte; dann that das Thier einige tiefe Athemzüge, es begann heftiger Speichelfluss aus dem Maul und lautes rasselndes Athmen. Sogleich nach den Krampfanfällen befand sich das Thier offenbar noch in bewusstlosem Zustande, — es lag auf dem Boden mit ausgestreckten Gliedern wie ein Leichnam, tiefe Stecknadelstiche und Application eines starken Inductionsstromes auf verschiedene Körpertheile riefen von seiner Seite nicht die geringste Reaction hervor, die Augenachsen waren unbeweglich und nach vorn gerichtet; die Pupillen contrahirten sich unter dem Einfluss von Licht, aber nur sehr schwach. Nach einigen Minuten erholte sich der Hund ein wenig, und begann zu winseln unter dem Einflusse des Schmerzes, aber im Verlaufe von 20—30 Minuten nach dem Anfall befand

auch eine in der Literatur bekannte Beobachtung von Schuppé [1] bei einer tuberkulösen Meningitis, bei welcher das Symptom der Ablenkung von Augen und Kopf nach rechts isolirt, ohne Complication mit anderen motorischen Störungen beobachtet wurde, und man bei der Section eine meningo-encephalitische Platte von der Grösse eines Franc-Stücks in der Gegend des oberen Theils der zweiten Stirnwindung auf der linken Hemisphäre fand. Diese Beobachtung stimmt recht genau überein mit den experimentellen Untersuchungen an Thieren. Die Mehrzahl der übrigen in der Literatur bekannten Fälle widerspricht, wie wir sahen, nicht dieser Localisation. In drei früher von mir veröffentlichten Fällen hatte die Affection ebenfalls hauptsächlich die oberen Theile der Stirnwindungen ergriffen, und in allen konnte eine beträchtliche Betheiligung der ersten Stirnwindung constatirt werden [2]. Bei der zu Anfang dieses Aufsatzes vorgeführten Beobachtung erwies sich bei der Section gleichfalls, dass die Affection des Gehirns (die Atrophie der Hirnsubstanz) mit dem oberen Theile der Centralwindungen auch die beiden ersten Stirnwindungen umfasste, und dass die unteren Theile der Centralwindungen ebenso wie der Fuss des unteren Scheitellappens, welchen Landouzy als das Centrum des 6. und 11. Nervenpaares bezeichnet, keinerlei für das blosse Auge bemerkbare Veränderungen aufwiesen.

Ebenso ist in keinem der früher von mir publicirten Fälle, wo die Affection, welche die motorischen Gegenden der Hirnrinde einnahm, nicht auf die erste Stirnwindung sich fortsetzte, das erwähnte Symptom der Ablenkung von Augen und Kopf beobachtet worden. (Schluss folgt).

er sich in halbschlafendem Zustande, aus welchem es nur mit Mühe und auch nur auf wenige Augenblicke durch stark schmerzhafte Reize erweckt werden konnte. Nachdem der Hund aus diesem Schlaf erwacht war, konnte er sich auf die Beine stellen, aber man beobachtete bei ihm deutlich paretische Erscheinungen, besonders in der rechten vorderen Extremität; beim Gehen stürzt er oft auf die rechte Seite in der Weise, dass das rechte Vorderbein unter dem Körper einknickte, und das Thier mit der Schnauze auf den Boden aufschlug; ein anderes Mal stolpert das Thier blos und kommt auf das Knie der vorderen Extremität zu stehen. Im weiteren Verlaufe wurden die paretischen Erscheinungen schwächer, aber nach einiger Zeit begannen von neuem Anfälle von Convulsionen, vollkommen ähnlich dem eben beschriebenen und während eines derartigen Anfalles, 12 Tage nach der Operation, ging das Thier zu Grunde.

Bei der Section erwies es sich, dass die afficirte Stelle dem mittleren Theile des Gyrus sigmoideus entsprach, am äusseren Rande des sulc. cruciatus; in der Umgebung bemerkte man in begrenzter Ausdehnung feste Verwachsung der Hirnhäute mit der darunterliegenden Hirnsubstanz.

[1] Schuppé, Bulletin de la société anatomique 1871 pag. 370.

[2] In einem dieser Fälle, wo die Krämpfe, beginnend mit Ablenkung der Augen und des Kopfes, in der Folge sich auf die ganze Körperhälfte ausdehnten, fand man bei der Section eine ganz begrenzte Affection, einen geringen Blutaustritt im Proc. falciformis, entsprechend der inneren Oberfläche der ersten Stirnwindung und des Lob. paracentralis.

Referate.

Prof. Lichtheim: Die antipyretische Wirkung der Phenole. (Breslau. Aerztl. Zeitschrift. 1881. № 1).

Entgegen der Ansicht von Jänicke, dessen Arbeit bereits in unserer Wochenschrift (cf. № 3 a. c.) referirt worden ist, sieht Verf. die bedrohlichen Erscheinungen beim Gebrauch des Resorcin weniger als eine directe Wirkung dieses Mittels, als vielmehr als eine Folge des jähen Wiederansteigens der Körpertemperatur nach verflogener Resorcinwirkung, also als ein Zeichen des Erlöschens der Wirkung an.

Jähes Ansteigen der Körpertemperatur beruht nicht allein auf vermehrter Wärmeproduktion, sondern auch auf verminderter Wärmeabgabe. Letztere hat zum Grunde eine krampfhafte Contraction der Hautgefässe, deren Ausdruck das Blass- und Kühlwerden der Haut, weiter die Frostempfindung, resp. der Schüttelfrost sind.

Neben dem Resorcin hat Verf. auch Versuche gemacht mit den beiden anderen Dihydroxylbenzolen, Hydrochinon und Brenzcatechin, sowie mit dem Phenol angestellt und zwar in Betreff der antipyretischen Wirkung beim innerlichen Gebrauch. Nach denselben hat sich herausgestellt, dass ein deutlicher Parallelismus nicht nur zwischen der antifermentativen und der antipyretischen Wirkung der Phenole, sondern auch in Hinsicht auf die Intensität dieser Wirkungen zu bestehen scheint. In Betreff der wirksamen antipyretischen Dosen steht obenan das Phenol (0,3—0,4), dann folgen Hydrochinon 0,8 und Brenzcatechin (1,0), am Schwächsten wirkt Resorcin (3,0). Ueber die therap. Verwerthung der Phenole überhaupt spricht Verf. sich reservirt aus. In Folge der grossen Heftigkeit der Wirkung, der Nebenerscheinungen und der Flüchtigkeit der Temperaturremission werden sie mit dem Chinin und der Salicylsäure die Concurrenz schwer aushalten. Hlm.

H. Braun: Endresultate der Radicaloperationen von Hernien. (B. kl. W. № 4 u. 5.)

Braun berichtet über sämmtliche auf der Klinik des Prof. Czerny in Heidelberg ausgeführte Radicaloperationen, — im Ganzen 19 Operationen an 16 Patienten (die 5 ersten Fälle hat Prof. Czerny bereits vor drei Jahren mitgetheilt).

Die Indicationen zur Radicaloperation waren: a) Einklemmung, b) Hernien, welche durch Bruchbänder nicht mehr zurückgehalten werden konnten, c) angewachsene, nicht reponible Hernien, d) Kothfisteln im Bruchsack. Einmal trat Tod durch Pyämie ein, einmal Tod, unabhängig von der Operation, durch Convulsionen.

Umschnürung des Bruchsackhalses und Naht der Bruchpforte wurde bei 9 Leistenhernien und 2 Fettbrüchen der weissen Linie ausgeführt. Bei 6 Erwachsenen mit Leistenhernien traten locale Recidive ein, welche jedoch klein blieben und durch ein Bruchband leicht zurückgehalten werden konnten. Bei einem Kinde war die Heilung noch nach drei Jahren von Bestand.

Partielle Abschnürung des Bruchsackes neben Naht der Bruchpforte war bei 2 Kindern ausgeführt; bei beiden traten später Recidive ein.

Die Bruchpforte allein wurde geschlossen bei 2 Erwachsenen und 2 Kindern. Bei beiden Erwachsenen locale Recidive und Entstehung einer neuen Leistenhernie auf der anderen Seite. Die Kinder blieben geheilt (19 resp. 34 Monate).

Der Bruchsackhals allein wurde abgebunden bei einer Erwachsenen; locales kleines Recidiv.

Im Ganzen ergiebt sich, dass nach 13 Operationen an 12 Erwachsenen: — 1 Person starb (Pyämie), 2 Brüche der Linea alba geheilt blieben, bei allen übrigen nach einigen Monaten Recidive eintraten, jedoch blieben diese klein und liessen sich durch ein Bruchband leicht zurückhalten.

Nach 6 Radicaloperationen bei 4 Kindern mit Leistenbrüchen starb ein Kind an Convulsionen, 3 Hernien blieben definitiv geheilt, 2 gaben locale Recidive.

Hienach sind die Radicaloperationen bei Erwachsenen zu beschränken auf Herniotomieen, bei denen durch die nachfolgende Radicaloperation die Prognose nicht wesentlich verschlimmert wird.

—o—

E. Jaesche: Zur Trichiasis-Operation. (Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. XIX. Jahrgang. Januar.)

Verfasser schlägt folgende Modification der bekannten Arlt'schen Operation vor: Im ersten Act wird das obere Lid in eine vordere und hintere Platte gespalten. Im zweiten Act wird die vordere Lidplatte um 2''' bis 2½''' auf der hinteren hinaufgeschoben und mit 3 Suturen auf letzterer (auf dem Tarus) befestigt. Die mittlere der 3 Suturen wird quer angelegt, so dass Ein- und Ausstichspunkt gegen 3''' von einander entfernt sind, die beiden anderen Suturen gehen von oben nach unten. Die auf diese Weise übrigbleibende Wundfläche soll nun nicht wie bei der Arlt'schen Operation per granulationem heilen, sondern wird mit einem dünnen, am besten dem Oberarm mit dem Rasirmesser entnommenen Epidermisblättchen bedeckt werden. Das transplantirte Epidermisläppchen heilt bei ordentlicher Reinhaltung der Wunde in kurzer Zeit (in 24 Stunden) an. Als Verband benutzt Jaesche ein in einer Lösung von Salicylsäure und Borsäure desinficirtes Protectiv, welches unmittelbar auf das Auge zu liegen kommt, über dieses legt er ein gleichfalls desinficirtes Läppchen, auf dieses Salicylwatte und verbindet das Auge mit carbolisirter Mullbinde. Hält der erste Verband gut, so kann er 48 Stunden lang liegen gelassen werden.

Verfasser hat in 12 Fällen obiges Verfahren angewendet und ist mit demselben zufrieden geblieben. L.

P. Guttmann: Ueber die Zuckerausscheidung in einem Falle von Diabetes mellitus unter dem Gebrauche von Ammoniaksalzen. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. I, Heft 3, pag. 610.)

Die von Adamkiewicz mitgetheilten Versuche, nach welchen bei Diabetikern unter dem Gebrauche von salz- oder citronsaurem Ammoniak die Zuckerausscheidung abnimmt (in einem Falle um 51,1 Grm. täglich), wurden von G. an einem Phthisiker, der bei der Aufnahme 6,4 % Zucker im Harn hatte, wiederholt, ergaben aber kein befriedigendes Resultat. In der 6tägigen Vorperiode vor dem Gebrauch des Salmiak betrug die tägliche Harnmenge im Mittel 4383,3 Grm., die tägliche Zuckerausscheidung im Mittel 255,6 Grm.; — in der darauf folgenden 5tägigen Periode während des Salmiakgebrauchs war aber die tägliche Harnmenge = 6500 Grm. und die tägliche Zuckermenge = 409,8 Grm. Es wurden also beim Gebrauch von Chlorammonium (10 Grm. pro die) täglich noch 153 Grm. Zucker mehr als früher ausgeschieden und auch in zwei weiteren, 5- resp. 3tägigen Versuchsreihen mit Ammon. muriat. et citric. nahm der Zucker nur unerheblich (um 17 bis 42 Grm. pro Tag) ab.

F—t.

Adolf Pilger: Ueber Resection von grossen Venenstämmen. (Deutsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. XIV. H. 1 u. 2).

Verf. zieht gegen das Vorurtheil gegen Ligatur grosser Venen zu Felde, indem er aus der neueren Literatur einschlägige Fälle citirt und aus ihnen die Grundlosigkeit der Furcht vor Pyaemie nach Venenligatur deducirt, und dann sechs einschlägige Fälle aus der Heidelberger chirurg. Klinik ausführlich mittheilt. In diesen Fällen handelte es sich um bösartige Geschwülste, und es wurde resecirt: vier Mal eine V. jugularis comm., ein Mal beide Vv. jugulares comm. successive und ein Mal die Vena femoralis. Alle Fälle heilten aus. Verf. empfiehlt daher durchaus, die Resection der Vene der früher üblichen minutiösen Ausschälung derselben aus der Geschwulstmasse vorzuziehen, da ersteres Verfahren ja bei weitem sicherer schützt vor Recidiven und wie die gesammelten Fälle beweisen garnicht so gefährlich ist, wie man meist fürchtet. T.

Prof. Billroth: Ueber Lithotripsie und Vergiftung durch chlorsaures Kali. (Wien. med. W. №№ 44 u. 45.)

Dieses Thema behandelte B. in einem Vortrage in der k. k. Gesellschaft der Aerzte Wiens, in seiner bekannten geistreichen und klaren Weise.

Verhältnissmässig spät, erst nach 14jähriger Praxis, wandte sich Vf. dem Gebiete der Steinoperationen zu, und zwar cultivirte er vorherrschend die Lithotripsie. Von 1867—79 unternahm er bei 43 Patienten diese Operation, zweimal jedoch schritt er nach der ersten Sitzung zum Steinschnitt. Von den übrigen 41 Patienten starben 9, und zwar 7 nach der ersten, 2 nach der zweiten Sitzung, die Todesursachen waren Periurethritis, Pericystitis und Pyämie. Im Ganzen mussten 120 Sitzungen gehalten werden und konnte meist der Stein in 3—4 Sitzungen total entfernt werden, nur einmal musste die Operation zehnmal wiederholt werden.

Sehr bald erkannte Vf. die althergebrachte Regel, ohne Chloroform zu operiren, als hinfällig, und mit Anwendung der Narcose konnte die Dauer der einzelnen Sitzungen von 3—5 Minuten (Civiale, Thomson) auf 10—15 ausgedehnt werden. Ausser auf die Dauer der Arbeit mit dem Instrument weist Vf. noch auf zwei Momente hin, die bei jeder Operation besonders in's Gewicht fallen, das Wegschaffen der Cystopyelitis und der mechanisch irritirende Einfluss.

Als 1879 von Bigelow der Vorschlag, in einer Sitzung zu operiren und sofort alle Fragmente herauszuschaffen, zum Princip erhoben wurde, begann auch Vf. die *Litholapaxie* (ἅπαξ = auf einmal) zu üben.

Bisher hatte Vf. 5 Fälle derartig operirt mit einer Dauer der Sitzung von 15 Minuten bis zu zwei Stunden. Die febrile Reaction war gering und konnten einige Patienten schon nach 10—12 Tagen als geheilt entlassen werden. Nach 4—5 Tagen wurde eine Untersuchung vorgenommen, um noch etwaige Reste zu entfernen. Um sich einen annähernden Begriff von der Grösse des Steines zu bilden, schlägt Vf. vor, alle Fragmente in einem Zeugstücke, durch welches der Harn filtrirt wird, zu sammeln und dieses zusammenzudrücken. Dabei hat Vf. gesehen, dass er früher bei Beurtheilung der Steine nach den einzelnen Fragmenten erstere oft unterschätzt hat.

Da die Gefahr nach den Lithotripsieen in dem starken Gehalt des Harnes an Ammoniak und in dem septischen Charakter der Cystitis liegt, ist Vf. stets darauf bedacht gewesen, als Vorbedingung für die Operation die ammoniakalische Harngährung zu beseitigen und zu diesem Zwecke den Patienten verschiedene Säuren, so Phosphorsäure, Benzoësäure etc., verabreicht, worauf gewöhnlich in 3 bis 4 Tagen der Harn sauere Reaction zeigte. Nach dem Vorschlage Etlefsen's versuchte Vf. jüngst auch *chlorsaures Kali*, und zwar bei einem sechsten Falle, an dem er die Litholapaxie ausführte. Es handelte sich um einen 65jährigen Mann, dem 15 Grm. (4 ℨ) Kali chloric. täglich verabreicht wurden; am dritten Tage war der Harn sauer und schritt Vf. zur Operation. Am Tage darauf legte sich Pat. mit gutem Allgemeinbefinden zur Ruhe, aber gegen Morgen fand man ihn todt im Bette. Es wurde an Apoplexie gedacht die Section ergab jedoch Folgendes:

«Die Marksubstanz des *Gehirnes* schmutzig-weiss mit einem Stich in's Braune, die Rindensubstanz schmutzig-braun, in den Ventrikeln etwas schmutziges Serum; das *Herz* und die grossen Gefässe enthielten flüssiges Blut von ganz eigenthümlich bräunlicher Farbe, wie sie sonst nie vorzukommen pflegt; die *Milz* dunkelbraun, in der *Harnblase* trüber Urin und einige Steinfragmente; die *Nieren* normal, blutreich, ihre Corticalis geschwellt».

Die von Prof. Ludwig unternommene Blutanalyse führte zu dem Schlusse, dass es sich hier wahrscheinlich um Vergiftungstod durch chlorsaures Kali handelt. Im Ganzen hatte Pat. 45 Grm. (1½ ℨ) erhalten. Da Marchand einem 3jährigen Kinde 12 Grm. pro die verordnet, scheint die Dosis 15 Grm. für Erwachsene nicht gross, doch neigt Vf. zur Annahme cumulativer Wirkung und schlägt vor, dieses Mittel nicht mehr als 2—3 Grm. (32—48 Gr. pro die zu verordnen. P.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Prof. L. Landois (Greifswald): Lehrbuch der Physiologie des Menschen. II. verbesserte Auflage. I. Hälfte (Bogen 1 bis 30). Wien und Leipzig. Urban & Schwarzenberg. 1881. — 480 Seiten.

Als die erste Auflage 1879 erschien, konnten wir nicht umhin, in unserer Besprechung (cf. № 10 — 1879) das neue Werk mit Freuden zu begrüssen und ihm ein äusserst günstiges Prognostikon zu stellen. Unsere Annahmen haben sich vollkommen bewährt, das Buch hat einen derartigen Beifall gefunden, dass bereits nach kaum zwei Jahren eine neue Auflage nöthig geworden.

Wir können wiederum nur wiederholen, dass die Idee, ein derartiges Handbuch der Physiologie zu schaffen, welches eine Brücke zwischen Theorie und Praxis bildet, eine ganz besonders glückliche zu nennen ist, und der Erfolg hat gezeigt, wie werthvoll ein derartiges Buch für den praktischen Arzt ist, dem es die Verhältnisse nicht gestatten, dazwischen durch erneutes Studium auf einer Hochschule oder durch das Lesen von «Archiven der Physiologie» seine Kenntnisse «aufzufrischen», und der den Wunsch hat, seine Beobachtungen am Krankenbett und im Hospital mit den modernen Errungenschaften der Physiologie in Einklang zu bringen.

Die vorliegende Hälfte des Werkes behandelt die Capitel: *Blut*, *Respiration*, *thierische Wärme* und *Verdauung* in interessanter und anregender Weise, überall mit Hinweisen auf die Pathologie, mikroskopische Anatomie und Entwickelungsgeschichte, und scheint uns namentlich letzteres besonders werthvoll.

Wenn es uns gestattet ist, bei allen Vorzügen des Buches auch nach kleinen Fehlern zu suchen, so möchten wir auf einen Umstand aufmerksam machen, nämlich eine durch «deutsche Gründlichkeit» an einzelnen Stellen entstandene Breite der Behandlung des Gegenstandes, zum Theil wohl auch dadurch veranlasst, dass jeder Autor seine Lieblingsthemata hat. Das Buch würde entschieden noch gewinnen, wenn Vf. z. B. im Capitel über Blutbewegung sich kürzer fassen würde, und durch Weglassung einiger zu specieller Zeichnungen würde das Buch auch wohlfeiler.

Die Ausstattung ist gewohnterweise vorzüglich.

Denjenigen Collegen, die noch nicht Gelegenheit gehabt haben, sich mit dem vorliegenden Buch bekannt zu machen, empfehlen wir es auf's Wärmste. P.

Russische medicinische Literatur.

№ 62. Wratsch. № 11.

Inhalt: a) A. Dochmann: Ueber die Behandlung der Albuminurie mit Fuchsin. (Aus der Klinik des Prof. Winogradow).
b) G. Szapiro: Klinische Untersuchungen über den Einfluss der Körperstellung und der Compression der peripherischen Arterien auf die Herzthätigkeit. (Aus der Klinik des Prof. Eichwald). (Forts.)
c) S. Ssoborow: Materialien zur Operation der Steinzertrümmerung.
d) G. Herzenstein: Das Militär-Sanitätswesen im letzten türkischen Kriege. (Forts.)
e) W. Wassiljew: Ein Fall von drei Mal ausgeführter Lithotomie wegen Recidive der Steinkrankheit. (Aus der Klinik des Prof. Beketow.)
f) A. Jablotschkow: Zwei Fälle von Steinen in der Harnröhre.
g) Jewsejenko: Ein Fall von Priapismus, geheilt auf operativem Wege.

№ 63. Klinitscheskaja Gaseta № 11.

Inhalt: a) K. Schenk: Vier Fälle von Cerobrospinalmeningitis.
b) A. Bjelzow: Recidiv eines Blasensteines, complicirt mit einer Blasen-Mastdarm-Fistel. (Aus der Klinik des Prof. Bogdanowski.)
c) J. Ssikorski: Ueber Stottern. (Forts.)
d) J. Jakowlew: Ein Fall von Parese des N. sympathicus bei Meningo-Encephalitis chronica.

№ 64. Wratschebnija Wedomosti. № 10.

Inhalt: a) P. Peskow: Die Bedeutung der Statistik in Verbindung mit der Wahrscheinlichkeitstheorie in der Geschichte d. Fortschritte d. menschlichen Wissens. (Schluss).

b. S. Unterberger: Ueber eine nachahmenswerthe Methode der Erforschung des Typhus durch die Militärärzte.

c) J. Platonow: Ein Fall von Zwangsvorstellungen. (Aus der psychiatr. Abth. des Prof. Kowalewski.).

№ 65. Westnik Wodoletschenija. (Zeitschrift für Wasserheilkunde). № 3.

Inhalt: a) J. Rosenstein: Ueber den Einfluss der Temperatur des Wassers auf die reflektorische Reizbarkeit.

b) Zulzer: Ueber den Einfluss der Purgirsalze auf den Stoffwechsel.

c) F. Weber: Ueber die Heilmittel der Bäder von Staraja Russa. (Schluss).

d) W. Kossowski. Die Mineralwässer von Slawjansk.

№ 66. Arbeiten (Труды) der Gesellschaft russischer Aerzte in St. Petersburg, nebst Sitzungsprotocollen der Gesellschaft pro 1880—1881. St. Petersb. 1881, Lief. 2.

Inhalt: a) Prof. A. Rajewski: Zur Parasitentheorie.

b) S. Lebedew: Ueber Mischformen des Typhus während der in der I. Hälfte 1880 in St. Petersburg herrschenden Epidemie.

c) W. Afonasjew: Ein Fall von gummöser Geschwulst des Uterus.

d) N. Sljunin: Pilocarpin bei Eklampsie.

e) N. Borchsenius: Ueber die Complication des Rückfallstyphus mit Skorbut.

f) N. Monastyrski: Ein Fall von Fractura colli femoris.

g) M. Kitajewski: Aneurysma des Aortenbogens.

h) M. Myschkin: Ueber die Scharlachepidemie im 2. St. Petersb. Militär-Gymnasium 1879/80.

№ 67. Klinitscheskaja Gaseta. № 8. (Durch ein Versehen verspätet).

Inhalt: a) F. Treskin: Zwei Fälle von Läsion der Wirbelsäule.

b) N. Ssimanowski: 2 Fälle von vergrösserter Thymusdrüse. (Aus der Klinik des Prof. Botkin).

c) W. Bechterew: Ein Fall von Leptomeningitis haemorrhagica. (Aus der Klinik des Prof. Merzejewski).

d) A. Schiltow: Entfernung einer Balggeschwulst aus dem Larynx.

№ 68. Annalen der chirurgischen Gesellschaft in Moskau, № 12.

Inhalt: a) G. Markonet: Ein Fall von Aneurysma arcus aortae.

b) J. Dubrowo: Ueber traumatischen Tetanus.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Grundriss der Geburtshülfe von Prof. L. Kleinwächter. 2. Aufl. Mit 109 Holzschnitten — Urban und Schwarzenberg. — Wien und Leipzig 1881.

— Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre von Prof. Ed. Albert. Bd. 1. Die chirurgischen Krankheiten des Kopfes und Halses. — Mit 123 Holzschnitten. 2. Aufl. — Urban und Schwarzenberg. — Wien und Leipzig 1881.

— Paris médical. № 10 und 11.

— Lehrbuch der Hygieine von Prof. J. Nowak. Lief. 7. — Toeplitz und Denticke. Wien 1881.

— Programm des VII. internationalen medicinischen Congresses in London. (Englisch, französisch u. deutsch).

— Wiener Klinik Heft 3. Ueber Meningitis cerebrospinalis von Dr. H. Frölich. — Urban und Schwarzenberg — Wien 1881.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztlichen Vereins.

Sitzung vom 3. November 1880.

1. Dr. Magawly berichtet über einen Fall von Neoplasma oculi dextri nebst Vorzeigung des Präparats.

Am 29. September a. c. wird ein 49jähriger Mann mit folgendem Stat. praesens in die Augenheilanstalt aufgenommen. Der rechte Bulbus ca. um das 3fache verkleinert, bei Druck empfindlich, fühlt sich hart an, die Cornea total leukomatös getrübt, die Sclera schmutzig grau, keine Injection. Sehvermögen gleich null. Das linke Auge in geringem Grade lichtscheu, thränt leicht, schnelle Ermüdung bei der Arbeit. Accomodation schwach. Sehvermögen < 1. Nach Angabe des Pat. erblindete das rechte Auge, ohne vorhergegangene Verletzung, vor ca. 3 Jahren unter heftigen Entzündungserscheinungen im Verlauf von etwa 6 Wochen, namentlich war starker halbseitiger Kopfschmerz vorhanden gewesen, der sich bisweilen bis zum Erbrechen steigerte. In den letzten Monaten sind wiederum stärkere Schmerzen im erblindeten Auge eingetreten, die den Schlaf stören und Pat. in seiner Arbeit (Schuster) hindern. Pat. sieht cachectisch aus, hat rigide Arterien; über der Aorta systolisches Geräusch; hat in früheren Jahren ziemlich viel Branntwein consumirt. Diagnose Cyclitis dolens in bulb. atroph. dextr. Affectio sympathica incipiens oc. sin. Die proponirte Enucleation des rechten Bulbus wird vom Pat. bereitwillig angenommen und am 2. October ausgeführt. Nach Herausnahme des Bulbus zeigt sich sein hinterer Abschnitt höckerig hervorgewölbt, fast knorpelhart, an einzelnen Stellen schwarz pigmentirt, der palpirende Finger stösst im orbitalen Fettzellgewebe auf mehrere feste Knötchen, die bei der Herausnahme sich ebenfalls als schwärzlich pigmentirte Tumoren erwiesen; so dass die Diagnose makroskopisch auf ein melanotisches, nach hinten perforirtes Sarcom gestellt werden muss. Bei der Exstirpation eines an der inneren Orbitalwand sitzenden Tumors erfolgte eine starke Blutung; es wird daher wegen der bereits bestehenden ziemlich hochgradigen Anämie von einer weiteren Reinigung der Orbitalhöhle vom Neoplasma Abstand genommen, die Orbitalhöhle mit styptischer Watte tamponirt und ein Druckverband angelegt. Normaler Heilverlauf, bis zum 7. October, keine Nachblutung. Am 7. October wird beim Verbandwechsel am Morgen eine mit dem Radialpuls synchronische Pulsation in der Orbita constatirt, die sich auch den geschlossenen Lidern mittheilt; beginnendes aneurysmatisches Hämatom. Druckverband. Die Pulsation nimmt in den nächsten Tagen an Intensität zu. Am 10. October um 11 Uhr M. beim Stuhlgang profuse Blutung aus der Orbita, die erst nach längerer Compression der Carotis communis, mit Tamponade der Orbita zum Stillstand gebracht wird. Die Pulsation in der Orbita besteht fort. Eine Consultation mit Dr. Kade führt zum Beschluss den voraussichtlich sich bald wiederholenden Hämorrhagien durch Unterbindung der Carot. com. vorzubeugen. Dieselbe wird am 11. October 10 Uhr M. von Dr. Kade leicht ausgeführt, unterhalb des m. omohyoid., einfache Ligatur mit carbolisirter Seide à fil perdu. Hautwunde mit 5 Suturen geschlossen, kein Drain, Marlyverband. Nach der Unterbindung wird die Orbitalhöhle von etwa restirender Neubildung gereinigt, dabei sehr starke Blutung, die durch den Paquelin und Tamponade der Orbita gestillt wird. Abends Temp. 37,5. P. 84. Allgemeinbefinden gut, bis auf geringe Schluckbeschwerden. 15. October Entfernung der Suturen, die Unterbindungswunde klafft, kein Fieber; Pat. fühlt sich wohl. Die Orbita secernirt ein dünnflüssiges blutig tingirtes Secret. In der Nacht vom 18.—19. October starke arterielle Nachblutung aus der Unterbindungswunde. Durch Compression gestillt. Am 19. October Abends zweite Nachblutung; Erweiterung der Unterbindungswunde, Versuche die Carotis zum 2. Male zu unterbinden, misslingen, die Blutung sistirt nach c. 1 Stunde durch Tamponade der Wunde. Temp. 39°. Puls 100. schwach. In den folgenden Tagen keine Nachblutung, grosse allgem. Schwäche; Temp. schwankt zwischen 38,3° und 39,5°. Am 22. October wird Pat. soporös. Am 26. October tritt nach langer Agonie Morgens 6 Uhr der Tod ein.

Sect. 24 St. p. m. Körper stark abgemagert, Verjauchung der Muskelscheide des Sternocleidomast. Die Carotis durch die Ligatur getrennt, das centrale Lumen klafft, im peripheren Ende ein c. 2 Cm. langer Trombus. Das Herz nicht vergrössert, an den Aortenklappen starke atheromatöse Ablagerungen, am Aortenbogen eine geringe aneurysmat. Erweiterung. In der Leber zahlreiche bis Wallnussgrosse melanotische Tumoren, desgleichen im Diaphragma, im peritonealen Ueberzug der Leber. Die Section konnte leider nicht weiter fortgesetzt werden. Der Bulbus, der vom Ref. demonstrirt wird ist wesentlich verkleinert, der gerade Durchmesser vom Scheitelpunkt der Cornea bis zum hinteren Pol misst 0,9 Centimeter, der Aequatorialdurchmesser 1,8 Centimeter. Die Cornea leukomatös getrübt, die Linse vollständig resorbirt, desgleichen der Glaskörper. Choroidea und Retina, das Innere des Bulbus von einer Neubildung eingenommen, die am hinteren Pol die Sclera usurirt hat und als 2,5 Centimeter langer und 1,7 Centimeter breiter Tumor dem hinteren Abschnitt des Bulbus sich anschliesst. Die histologische Untersuchung der Neubildung wiess alveoläres Sarcom nach, an einzelnen Stellen melanotisch pigmentirt.

2. Dr. Herrmann berichtet über einen Fall von Neubildung im Unterkiefer. Am 20. August dieses Jahres trat ein kräftiger Mann von 45 Jahren unter der Diagnose Lumbago in's Obuchow-Hospital. Ohne bekannte Ursache sollte das Leiden vor 14 Tagen begonnen haben. Die Schmerzen waren bedeutend und wurden durch jede Bewegung gesteigert, das Allgemeinbefinden war gut, kein Fieber. Appetit mangelhaft, Stuhl träge, aber reine Zunge. In der 4. Woche seines Aufenthalts im Hospital bekam Pat. Durchfall mit starken Schmerzen in der linken Sacroiliaca-Gegend, ausstrahlend in die Weiche. Nach 4 Tagen schwand der Durchfall; die Schmerzen dauerten fort und strahlten in den Brustkorb hinein. Pat. begann apathisch zu werden und zu verfallen; die Haut wurde schmutzig gelb, der Puls klein 100, die Temp. betrug Morgens 36° und 37°, Abends 37° und 38°. Die Zunge wurde trocken und Nachts traten stille Delirien auf. Bei genauer Untersuchung fanden sich ausser den geschilderten Schmerzen, noch Schmerzen in mehreren Rippen; cachektische, etwas icterische Farbe der Haut und entschiedener Verfall des Körpers ohne Colliquation. Das Krankheitsbild sprach für Carcinose, aber nirgends war ein Neoplasma nachzuweisen und die Drüsen waren weder in der Inguinalgegend noch in der Axilla geschwellt; nur in der rechten Submaxillargegend fand sich ein ovaler, deutlich umschriebener Drüsentumor; derselbe 6—7 Cm. lang, abgeflacht, hart, glatt, nicht schmerzhaft, verschiebbar; das umgebende Zellgewebe unbetheiligt. Die Diagnose wurde auf Carcinom

der retroperitonealen Drüsen und der Rippen gestellt. — Gebraucht waren Anfangs Chloroform-Einreibungen, hydropathische Umschläge, Bäder, Vesicatorien und Faradisation und innerlich Jodkali; später wurde tonisirend und symptomatisch verfahren, natürlich ohne Erfolg. Pat. starb am 19. October. Dr. Albrecht verliest das Obductionsprotocoll und weist das Präparat vor. Leiche abgemagert. In den Schädelorganen Stauungs-Hyperämie. Die rechte Lunge durch pleuritische Stränge und Membranen adhärent; beide Lungen ödematös durchtränkt; in beiden unteren Lappen je ein weisses Knötchen von ³/₄ Cm. Durchmesser, von weicher Consistenz, vom umgebenden Lungengewebe scharf abgegrenzt. Herz welk; längs dem Verlauf mehrerer Rippen beiderseits finden sich an verschiedenen Stellen Anschwellungen, welche von der Pleura costalis überzogen sind. Die Höhe der Anschwellung beträgt ¹/₂—³/₄ Cm., die Länge 1—3 Cm. An diesen Stellen sind die Rippen leicht zerbrechlich und zeigen auf dem Durchschnitt eine Durchwucherung des Gewebes. Leber kleiner als normal, rothbraun, von normaler Consistenz. In ihrem Gewebe finden sich mehrere vereinzelte 1 Mm. bis 1 Cm. im Durchmesser haltende weisse Knoten von recht fester Consistenz. Die Milz klein, welk; Nieren anämisch, Darm normal; die Retroperitonealdrüsen erscheinen alle gross, bis zu 3 Cm. Durchmesser, ziemlich fest, weisslich mit kleinen gelblichen Punkten; dabei sind sie sehr fest mit der Wirbelsäule verwachsen und die Wucherung dringt scheinbar in die Wirbelknochen ein, die osteoporös erscheinen. In der Gegend der rechten Submaxillardrüsen findet sich eine längliche Geschwulst, 7 Cm. lang und c. 4 Cm. breit und dick. Sie ist von recht fester Consistenz, zeigt areolären Bau, weissliche Farbe mit eingestreuten kleinen gelben Körnern. Nach hinten und oben setzt sie sich in der Richtung zur Parotis fort, nach oben und vorn umgreift sie den Rand des Unterkiefers und haftet ihm fest an. Der Unterkiefer ist hier zum alveolären Rand hin vom Periost entblösst. Nach Durchsägung erscheint der Unterkiefer durch seine ganze Dicke von einer weichen Neubildung ausgefüllt, welche nach oben mit einem cariösen Zahn, nach unten mit der submaxillaren Geschwulst zusammenhängt. Das Aussehen der Neubildung ist identisch mit derjenigen der Rippen. Sie beschränkt sich auf den centralen Theil des Kiefers und hat noch keinen hochgradigen Schwund des Knochens hervorgebracht.

3. Dr. Karell knüpft an den in der vorigen Sitzung von Dr. Kernig berichteten Fall von Pankreaskrebs einen gleichen Fall an; bei dem jedoch im Gegensatz zum obigen periodische, heftige Schmerzanfälle auftraten. Diese Anfälle waren von Icterus gefolgt. Der Fall betraf den Grafen T., der nach 1¹/₂jährigen Leiden in Wiesbaden starb. Der Kranke wurde von anderen Aerzten behandelt; doch hat der Vortragende ihn auch wiederholt gesehen und untersucht. Der Graf 60 J. alt, erkrankte nach kurzem Unwohlsein, am 15. Febr. 1866; er hatte das Gefühl eines heftigen Drucks im rechten Hypochondrium und dem Rücken dieser Seite; dabei Angstgefühl, Aufgetriebenheit des Unterleibes, Aufstossen und Gallenerbrechen; der Stuhl hartnäckig verstopft, kein Fieber. Der Anfall dauerte mehrere Stunden. Da andere Abführmittel keinen Effect hatten, erhielt er Calomel mit Jalappe; bald darauf schwand der Anfall; es zeigte sich nur durch einige Tage ein leichter Icterus. Den 16. Febr. fühlte er sich wieder wohl. Am 14. März wiederholte sich der Anfall und da starkes Würgen stattfand, erhielt er ein Brechmittel, das Linderung verschaffte. Am 24. April erfolgte der dritte Anfall, der leichter war; seitdem aber kehrten die Anfälle öfter, alle 4—5 Tage wieder. Nach dem Anfall schlief er fast den ganzen Tag und transpirirte. Im Mai 1867 machte er die Cur in Karlsbad durch, fühlte sich dabei aber nicht wohl und klagte namentlich häufig über Frösteln. Darauf sah ihn der Vortragende bald nach dem pariser Attentat auf den Kaiser in Postdam. Die Hautfarbe war bronceartig, er sah verfallen und mager aus. Von dort ging er nach Wiesbaden und ging dort unter den Erscheinungen von Intermittens, Icterus, Erbrechen und Schmerzen im Leibe im October zu Grunde. Die Section erwies eine krebsige Degeneration des Pankreas.

4. Dr. Herrmann setzt seinen Bericht über die Scorbutepidemien fort. Derselbe ist in № 3 u. 4, 1881 dies. Wochenschsift abgedruckt.

z. Z. Director Dr. Herrmann.
Secretär Dr. Tiling.

Tagesereignisse.

— *Zum Andenken an den in Gott ruhenden Kaiser Alexander II* beabsichtigen die Beamten der Wegecommunication und der Eisenbahnen ein *Krankenhaus von 50 Betten* in St. Petersburg zu gründen und zu diesem Zweck 200,000 Rbl. aufzubringen. Die Subscription hat bereits an den ersten zwei Tagen 11,000 Rbl. ergeben.

— Die Conferenz der medico-chirurgischen Academie hat eine *Commission* niedergesetzt, welche Vorschläge *zur Abänderung der bestehenden Regeln für das Arzt- und Doctor-Examen* machen soll. Die Commission besteht aus den Professoren Botkin (als Präses), Sawarykin, Kolomnin, Paschutin, Slawjanski, Ssuschtschinski und Eichwald.

— Vor Kurzem ist hierselbst Dr. Karl Sokolowski, Gehülfe des Directors der Ambulanz der philantrophischen Gesellschaft, gestorben.

— Professor Lister ist von der Academie der Wissenschaften in Paris der Bondet'sche Preis im Betrage von 6000 Fr. zuerkannt worden.

— Die Befürchtung, dass die Art und Weise, wie der Procureur und ein Theil der politischen Presse in dem Processe gegen den freipракticirenden Arzt Prozenko in Kijew (cfr. dies. Wochenschr. 1881, № 9, S. 78) Stellung nahmen, bald zu ähnlichen Processen führen könnte, hat sich leider! als richtig erwiesen. Kaum sind einige Wochen seit der Verurtheilung des Dr. Prozenko vergangen und wiederum ist in Kijew auf die Klage eines gewissen P. ein Process gegen den bejahrten und — wie die «Sarja» hinzufügt — gewissenhaften und allgemein beliebten Arzt Dr. Alferjew angestrengt worden, weil er einer Aufforderung, am Abend ein krankes Kind zu besuchen, nicht Folge geleistet haben soll.

— Vor Kurzem wurde in Paris vor der obersten Instanz die Forderungsklage des Prof. Guérin gegen die Erben eines seiner Patienten verhandelt. Die Letzteren weigerten sich das Honorar zu zahlen, welches Guérin im Betrage von 6200 Frcs., für 31 Watteverbände à 200 Frcs., forderte und boten ihm nur ¹/₄ der verlangten Summe. Das Gericht wies die Forderung Guérin's auf Grund dessen ab, dass eine Abmachung zwischen einem Kranken und dem Arzte nicht rechtsverbindlich sein könne, da ein Kranker in der Besorgniss um sein Leben nicht zurechnungsfähig sei! Die Redaction des «Lyon médical», welche diese Entscheidung mittheilt, giebt den Rath, künftig keine Visiten auf Schuld zu machen. (Wratsch).

— Prof. Billroth hat am 1. (12.) März an einer dritten Kranken eine Magenresection ausgeführt, die durch eine Verwachsung des Magens mit dem Pancreas und schwierige Ablösung des Netzes sehr erschwert wurde. Die Patientin ist am selbigen Tage gestorben.

Miscellen.

— In den Jahren 1877 und 1878 sind *in Russland 5898 Druckschriften erschienen*; davon kamen auf den Antheil der Medicin (inclusive Veterinärkunde und populäre Medicin, sowie auch die Uebersetzungen mitgerechnet) nur 250, also ca. 4%. (Wratsch).

— Ueber die Geschäftsthätigkeit des *Rechtsschutzvereins Berliner Aerzte*, welcher bereits 11 Jahre besteht, entnehmen wir der «D. med. Wochensch.» folgende Uebersicht für das Jahr 1880: Aus dem Jahre 1879 waren in geschäftlicher Behandlung verblieben 2238 Liquidationen im Betrage von 80,651 Mark 87 Pf., wozu die im Jahre 1880 zur Einziehung neu übergebenen 5662 Liquidationen im Betrage von 101,626 M. 64 Pf. kamen, so dass im Ganzen *7900 Liquidationen im Gesammt-Betrage von 182,277 Mark 91 Pf.* zu erledigen waren. Davon wurden 1185 Liquidationen im Betrage von 26,339 M. 60 Pf. erlassen, und erwiesen sich als uneinziehbar 1604 Liquidationen im Betrage von 30,641 M. 39 Pf., wogegen eingegangen sind für 4440 Liquidationen an das Bureau 61,703 Mark 36 Pf., direct an die Mitglieder 22,661 Mk. 12 Pf., also in Summa 84,364 Mk. 48 Pf. In geschäftlicher Behandlung verblieben daher 698 Liquidationen im Betrage von 40,932 Mk. 44 Pf.

— Dr. Worms hat in der Pariser Academie der Medicin einen, im Medical Press and Circular referirten Vortrag *über symmetrische Neuralgien bei Diabetes mellitus* gehalten, in welchem er über 2, von ihm beobachtete Fälle berichtet und zu folgenden Schlüssen kommt: es besteht eine, der Zuckerharnruhr eigenthümliche Neuralgie, welche durch Auftreten in den symmetrischen Zweigen derselben Nerven sich auszeichnet, heftigere Schmerzen, als andere Neuralgien setzt, den gewöhnlichen Mitteln nicht weicht, in ihrer Intensität aber proportional dem Zuckergehalte des Harns wechselt; Verf. hat sie am Ischiadicus und den unteren Zahnnerven beobachtet. (Cincinnati Lancet and Clinic, 1880, № 21.)

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 15. März 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	953	352	1305
Alexander- «	760	161	921
Kalinkin- «	—	577	577
Peter-Paul- «	375	172	547
St. Marien-Magdalenen-Hospital	166	73	239
Marien-Hospital	294	481	775
Ausserstädtisches Hospital	547	150	697
Roshdestwensky-Hospital	52	37	89
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	344	148	492
4 zeitw. Hospitäler	648	138	786
Ausschlags-Hospital	18	10	28
Summa der Civilhospitäler	4157	2299	6456
Nikolai-Kinder-Hospital	49	59	108
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	86	101	187
Elisabeth-Kinder-Hospital	30	33	63
Summa der Kinderhospitäler	165	193	358
Nicolai-Militär-Hospital	708	18	726
Ssemenow'sches Militär-Hospital	277	—	277
Kalinkin-Marine-Hospital	301	—	301
Gesammt-Summa	5608	2510	8118

Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	1363	390	1753
Scarlatina	26	20	46
Variola	6	6	12
Venerische Krankheiten	802	574	1376

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 8. bis 15. März 1881 besucht von 1783 Kranken, darunter zum ersten Mal von 792.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs

für die Woche vom 23. bis 28. Februar 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 721 (Todtgeborene 24). Durchschnittliche Sterblichkeit der Woche, für das ganze Jahr berechnet, beträgt 55,98 pro Mille der Einwohnerzahl, ohne Zugereiste aber 55,04.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
429	292	721	110	31	81	13	13	30	112	95	65	66	59	28	14	4

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 53, Typh. abd. 33, Febris recurrens 17, Typhus ohne Bestimmung der Form 16, Pocken 3, Masern 1, Scharlach 15, Diphtheritis 8, Croup 4, Keuchhusten 1, Puerperalkrankheiten 3, Dysenterie 1.

— Gehirnapoplexie 13, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 30, acute Entzündung der Athmungsorgane 99, Lungenschwindsucht 134, Gastro-intestinal-Krankheiten 102, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 22, Marasmus senilis 38, Pyämie und Septicämie 0.

— Tod durch Zufall 10, Selbstmord 1.

— Andere Ursachen 117.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs.

für die Woche vom 1. bis 7. März 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 688 (Todtgeborene 24).

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
424	244	668	97	34	81	21	9	26	104	91	66	59	48	17	8	7

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 34, Typh. abd. 35, Febris recurrens 9, Typhus ohne Bestimmung der Form 13, Pocken 4, Masern 3, Scharlach 10, Diphtheritis 11, Croup 5, Keuchhusten 3, Puerperalkrankheiten 4, Dysenterie 0.

— Gehirnapoplexie 11, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 17, acute Entzündung der Athmungsorgane 111, Lungenschwindsucht 146, Gastro-intestinal-Krankheiten 84, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 27, Marasmus senilis 19, Pyämie und Septicämie 0.

— Tod durch Zufall 7, Selbstmord 4.

— Andere Ursachen 111.

Nächste Sitzung des allgem. Vereins St. Petersburger Aerzte, Dienstag den 24. März 1881.

Nächste Sitzung d. deutschen ärztlichen Vereins, Montag den 30. März 1881.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 20. Марта 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh. Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

ST. PETERSBURGER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg,
Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 13. St. Petersburg, 28. März (9. April). 1881.

Aus den Protokollen des Allgem. Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 10. März 1881.

Der Präses eröffnet die Sitzung mit folgender Rede:

M. H.! Seit wir zum letzten Male hier versammelt waren, hat sich das schreckensvolle, entsetzliche Ereigniss zugetragen, auf welches die ganze Welt, soweit sie von civilisirten Menschen bewohnt ist, mit einem einhelligen Schrei tiefster Empörung geantwortet hat. Es treibt die Thränen des Schmerzes und der Schmach in die Augen jedes Vaterlandsgenossen, in dessen Herzen noch ein Funke von Ehrgefühl und Vaterlandsliebe glüht.

Es ziemt uns heute dessen zu gedenken, dass unser Verein unter der Regierung des dahingeschiedenen Herrschers entstanden ist, und dass er sich fortentwickelt hat unter seiner Herrschaft, die mehr als irgend eine andere ausgezeichnet war durch Werke hochsinniger Menschenliebe. Es ziemt sich für uns heute mit bewegtem Herzen das Gelübde zu erneuern, welches wir einst mit unserem Berufseide ablegten, dass wir treu sein wollen im Berufe und in der Wissenschaft. Möge es uns vergönnt sein in treuer Berufsarbeit im Dienste der Menschheit dazu mitwirken zu können, dass einst die Schande getilgt werde, die heute unauslöschlich unser Land bedeckt. Walte Gott, dass wir in ernstem Streben mitbauen helfen an einem Damm gegen die frivole Auffassung der Wissenschaft, gegen den Missbrauch des menschlichen Wissens, auf dessen Boden wir die grässlichsten Auswüchse menschlicher Verirrung herauswachsen gesehen haben. M. H.! Halten wir Vaterlandsliebe, Berufstreue und Kaisertreue als ein untheilbares ideales Gut fest, und erhalten wir uns dieses lebendig für alle Zeiten!

(Das wissenschaftl. Protokoll folgt später.)

Ueber die klinischen Erscheinungen des Symptoms von combinirter Abweichung der Augen und des Kopfes (Déviation conjugée de la tête et des yeux) bei Affectionen der Gehirnrinde.

Von
Dr. W. Bechterew.
Aus der psychiatrischen Klinik von Prof. Mershejewski in St. Petersburg.

(Schluss).

Aus der vorhergehenden Darlegung ist es klar, dass die pathologisch-physiolog. Seite des Symptoms der Ablenkung der Augen und des Kopfes, welches nicht selten im Verlaufe corticaler Epilepsie beobachtet wird, Dank den Untersuchungen der späteren Autoren so weit bearbeitet ist, dass wir nicht nur wissen, welche Muskeln bei der Ablenkung theilnahmen, sondern auch den recht complicirten Weg der Innervation kennen, deren Erregung oder Unthätigkeit entweder Krämpfe oder Paralyse der erwähnten Muskeln, welche die Ablenkung der Augen und des Kopfes auf eine Seite besorgen, hervorruft. Jedoch ist die klinische Seite dieses Symptoms, wie mir scheint, noch lange nicht so vollständig und genau beleuchtet, als die Wichtigkeit des Gegenstandes es erheischt. In dieser Hinsicht ist besonders unerlässlich eine strenge Unterscheidung in Bezug auf die Symptomatologie krampfhafter und paralytischer Ablenkung der Augen und des Kopfes, welche Unterscheidung in einzelnen Fällen grosse Schwierigkeiten bieten kann; eine Vermengung beider Zustände könnte hingegen zu ebenso wichtigen diagnostischen Fehlern führen, wie wenn man den tonischen Krampf der Gesichtsmuskeln einer Seite für die antagonistische Contraction dieser Muskeln bei Paralyse der entgegengesetzten Seite halten würde [1].

[1] Unser Fall ist in dieser Beziehung besonders lehrreich. Da wir wissen, dass eine und dieselbe Affection je nachdem ob sie Reizung oder Depression der Hirncentren hervorruft, Ablenkung der Augen und des Kopfes einmal auf die eine, dann auf die andere Seite her-

Die bisher bekannten, durch die Untersuchungen von **Vulpian**, **Prevost** und **Landouzy** festgestellten sogenannten Cardinalsymptome zur Unterscheidung des einen und des anderen Zustandes, welche dahin zusammenzufassen sind, dass bei krampfhafter Ablenkung «der Kranke auf seine Krämpfe blickt und sich von der dieselben hervorrufenden Hirnaffection abwendet» und im entgegengesetzten Fall, bei paralytischer Ablenkung «der Kranke auf seine Hirnaffection blickt, und sich von seiner Paralyse abwendet» können besonders in den Fällen ungenügend sein, wo Paralyse oder Krämpfe sich auf verschiedene Theile beider Körperseiten erstrecken, oder wo, wie in unserem Falle gleichzeitig die Symptome von Paralyse und Krämpfen bestehen. Desshalb wurde von denselben Autoren noch auf einige andere Symptome hingewiesen, welche es erlaubten, die eine Ablenkung von der anderen zu unterscheiden. So dauert die krampfhafte Ablenkung, die am häufigsten zu Beginn der corticalen oder sogenannten hemiplegischen Epilepsie beobachtet wird, immer nur kurze Zeit, und verschwindet gewöhnlich gleichzeitig mit Aufhören der Krampfanfälle, dagegen dauert die paralytische Ablenkung, die gewöhnlich bei Hirnhemiplegien beobachtet wird, längere Zeit, zuweilen einige Tage lang, und hört allmählich auf, gleichzeitig mit der Besserung der übrigen Symptome.

Ferner kann bei krampfhafter Ablenkung der Kopf nicht in gerade Stellung gebracht werden, während bei paralytischer Ablenkung der Kopf leicht wieder in seine normale gerade Lage gebracht werden kann, und nur allmählich, und so zu sagen unmerklich die frühere Stellung einnimmt [1].

Der zu Beginn des Aufsatzes angeführte Fall, wie auch andere früher von mir beobachtete erlauben auf noch einige Facta hinzuweisen, welche der Differenzialdiagnose zwischen krampfhafter und paralytischer Ablenkung der Augen und des Kopfes dienlich sein können.

1) Die krampfhafte Ablenkung der Augen und des Kopfes kann nicht immer kurzdauernd sein, in einzelnen Fällen, beginnend zu Anfang des Krampfanfalls, kann die Ablenkung andauernd sein, wenn die Krampfanfälle so zu sagen Schlag auf Schlag einander folgen ohne freie Intervalle; entsprechend aber dem Gange der allgemeinen Krämpfe wird die Ablenkung bald stärker, bald schwächer, und sistirt zuweilen vollständig auf kurze Zeit.

2) Während der stärkeren Krampfanfälle sind der Kopf und die Augenachsen ad maximum zur Seite abgelenkt, während die Mm. sterno-cleido-mast. und trapezius der entgegengesetzten Seite des Halses angespannt sind; auf der Seite der Ablenkung hingegen zeigen diese Muskeln keine Spur von Anspannung; nicht selten wird gleichzeitig auch in anderen Halsmuskeln krampfhafte Bewegung bemerkt, im Platysma myoides, Scalenus anticus und anderen.

vorrufen kann, so drängt sich bei Betrachtung unseres Kranken während der letzten Phasen natürlich die Frage auf, ob wir es mit einer vereinzelten (oder wenigstens einseitigen) Hirnaffection zu thun haben, welche zu Beginn auf die Hirncentren in erregender, später in deprimirender Weise einwirken konnte, oder aber handelt es sich um mehrfache Affectionen, welche die Centren beider Hemisphären ergriffen, und kam zu Beginn der Einfluss der in einer Hemisphäre gelegenen Affection zur Geltung, später hingegen aus irgend einem Grunde die Einwirkung der in der anderen Hemisphäre gelegenen Störung?

[1] **Landouzy** l. c. pag. 317.

3) Der Kopf kann bei krampfhafter Ablenkung so gut wie gar nicht durch Gewalt in die gerade Richtung gebracht werden, oder nur auf kurze Zeit mit bedeutendem Kraftaufwand; zuweilen bei den Versuchen, das Gesicht in gerade Richtung zu bringen, wendet sich der Kranke gleichzeitig auch mit seinem ganzen Körper. Ausserdem verharren meist während der Ablenkung Kopf und Augenachsen nicht in ruhiger Lage, im Gegentheil, der Kopf macht fortwährend Wendebewegungen zur Seite der Ablenkung, synchronisch mit den einzelnen Contractionen im Mm. sterno-cleido-mast. während der klonischen Convulsionen; die Augenachsen machen in dieser Zeit ebenfalls fortwährend zuckende Bewegungen in der horizontalen Achse zur Seite der Krämpfe hin.

Dagegen ist die paralytische Ablenkung, wie sie gewöhnlich im Verlauf einer Paralyse beobachtet wird, immer schwächer ausgeprägt, als die krampfhafte, die Wendung des Kopfes findet niemals ad maximum statt und die Ablenkung dauert gewöhnlich längere Zeit an, obgleich sie auch kurzdauernd sein kann, wie eine meiner, in früherer Zeit veröffentlichten Beobachtungen beweist [1]. Dabei sind keinerlei Krämpfe in den Halsmuskeln zu beobachten, und der Kopf verharrt in vollkommen ruhiger Haltung, nach der einen Seite gerichtet. Der Kopf, kann man sagen, liegt auf dieser Seite, zeigt keinerlei Wendebewegungen, und kann leicht von neuem, ohne besondere Anstrengung, in die gerade Richtung gebracht werden; darauf aber nimmt er selbständig wieder die frühere Haltung auf die Seite ein.

Ausserdem wurde in unserem Falle noch die Beobachtung gemacht, dass während der krampfhaften Ablenkung der Augen auf eine Seite immer Verengerung und Unbeweglichkeit der Pupille gleichzeitig mit leichter Erhebung des oberen Augenlides desjenigen Auges, welches nach innen gerichtet war, vorhanden war; beim Wechsel der krampfhaften Ablenkung auf die andere Seite, beobachtete man dieselbe Erscheinung seitens der Pupille und Augenlider am anderen Auge. Da im gegebenen Falle schon am zweiten Tage nach Entwickelung der Krämpfe die ganze der verengten Pupille entsprechende Körperseite kühler war als die entgegengesetzte Seite und man daher diese Verengerung der Pupille nicht auf einen paralytischen Zustand des N. sympathicus beziehen kann, so muss man die Verengerung der Pupille nebst Emporhebung des oberen Augenlides auf der Seite des nach innen gerichteten Auges als abhängig betrachten von der Reizung des N. oculomotorius. Daher nehme ich an, dass während der krampfhaften Ablenkung des Auges die Nervenerregung, die sich mit Hülfe des 6. und 3. Paares überträgt, und gleichzeitige Contraction der Mm. recti externus et internus des Auges hervorruft, auch auf andere Zweige des N. oculomotorius sich ausdehnt, und zwar auf den Zweig, der zum Ganglion ciliare geht, mit dessen Hülfe Verengerung der Pupille hervorgerufen wird, und ebenso auf den Zweig, der zum Levator palpebrae sup. geht, durch dessen Erregung die Oeffnung der Augenlider grösser wird.

Ob eine entsprechende Veränderung der Pupillenweite und der Haltung des oberen Augenlides bei paralytischer

[1] cf. Beobachtung I im Aufsatz über die combinirte Ablenkung oder Abwendung der Augen und des Kopfes, Protokolle der Gesellschaft russ. Aerzte 1880.

Ablenkung (also bei Unthätigkeit des N. oculomotorius desjenigen Auges, welches nach innen gerichtet ist) vorkommen kann, bin ich nicht im Stande mit Sicherheit zu behaupten.

Experimentell erzielte Verwachsung von Thieren verschiedener Gattung durch Zusammennähen ihrer Haut.

Von

L. Tumas.

Aus dem physiologischen Laboratorium des Prof. Tarchanow.

In der Absicht, die natürliche Transfusion des Blutes bei Thieren verschiedener Gattung auf dem Wege der anatomischen Vereinigung ihrer Blutgefässe zu erforschen, versuchte ich ein Zusammenwachsen der Haut dieser Thiere herbeizuführen. Zum Versuche wurde eine Katze und ein Kaninchen ausgewählt und an diesen folgende Operation ausgeführt.

Unter Lister'schen Cautelen wurde bei beiden Thieren an der Seite hinter den Rippen ein lineärer Schnitt in horizontaler Richtung gemacht, hierauf die Wundränder des einen Thieres mit den entsprechenden des anderen zusammengenäht, und zum Schluss ein für beide Thiere gemeinschaftlicher Gypsverband angelegt. In dieser Lage verblieben sie acht Tage. Am 9. Tage ging das Kaninchen zu Grunde. Nach Entfernung des Gypsverbandes erwies es sich, dass eine vollkommene Verwachsung der Haut der Katze mit der Haut des Kaninchens in einer Ausdehnung von 2,5 Ctm. eingetreten war, was auch durch die mikroskopische Untersuchung constatirt werden konnte.

Rückblicke auf die Entwickelung der operativen Gynäkologie.

Von

Dr. O. v. Grünewaldt.

Wohl in keiner Disciplin haben die letzten Decennien so bedeutende Umwandlungen hervorgebracht wie in der Chirurgie und der Gynäkologie. Die erstere Wissenschaft hat Erfolge aufzuweisen, von denen kaum Jemand sich früher etwas hat träumen lassen, seit sie in dem antiseptischen Verfahren ein wirksamstes Mittel gegen ihren schlimmsten Feind, die Infektion der Wunden, kennen und brauchen gelernt hat. Die Gynäkologie dagegen, sich an die ältere Schwester anlehnend, hat mehr und mehr den Boden verlassen, auf welchem sie früher fast ausschliesslich gestanden, und in ihr Heilverfahren so zahlreiche und so eingreifende chirurgische Encheiresen eingebürgert, dass der Schwerpunkt ihres Heilverfahrens jetzt vielleicht schon auf Seite der Chirurgie liegt.

Das Erscheinen der operativen Gynäkologie von Marion Sims im Jahre 1863 lenkte zuerst die allgemeine Aufmerksamkeit der Fachgenossen auf die Möglichkeit, eine Menge Sexualleiden der Frauen auf operativem Wege in Angriff zu nehmen. Wenn auch dieses Buch für alle darin besprochenen Zustände eine extrem mechanische Auffassung vertritt, welche heute in vollem Masse von Niemand mehr getheilt wird, so hat es doch sehr grosse Verdienste um die operative Gynäkologie, und hat entschieden die Principien derselben nicht bloss entwickelt, sondern dieselben auch in die Praxis eingebürgert.

Vergleichen wir die geburtshülfliche gynäkologische Untersuchung der älteren Zeit, in welcher noch die Anwendung des Speculum zu den nicht alltäglich geübten Dingen gehörte, mit den zahlreichen Methoden, wie sie heute behufs der Diagnose geübt werden, so müssen wir anerkennen, dass wir dem Einflusse der chirurgischen Auffassung der Diagnostik die wesentlichsten Fortschritte verdanken. Sims betont die bimanuelle Untersuchung und bezeichnet dieselbe fälschlich als seine Methode: Schon lange vor ihm haben die Gynäkologen bimanuell untersucht, da die vaginale Exploration allein immer nur ganz unvollständige Resultate ergeben konnte. Stillschweigend bürgerte sich aber in den letzten Jahren die Narkose behufs einer vollständigen bimanuellen Austastung der Beckenhöhle für alle schwierigen Fälle in die Gynäkologie ein, und es wird wohl keine der schwierigeren, namentlich mittelst Laparatomie auszuführenden Exstirpationen von Neubildungen vorgenommen werden, bevor nicht zuvor mittelst einer in der Chloroformnarkose ausgeführten Untersuchung, zu der auch die von Simen geübte und nach ihm benannte, mittelst der hoch in das Rectum eingeführten Hand ausgeübte Palpation der hinteren Partien der kleinen und grossen Beckenhöhle gehört, gemacht worden ist. Die Untersuchung mit dem Halbspeculum, für gewöhnlich in der Seitenlage der Kranken ausgeführt bei der durch das Herabziehen des Collum uteri sichtbar gemacht wird, mittelst eines scharfen Häckchens oder einer Kugelzange, ist von Sims zuerst zu einer Methode ausgebildet worden, welche unbestritten viele Vorzüge hat, obschon sie nie den Gebrauch der Röhrenspecula verdrängen wird. Die meisten Operateure werden auch die Steinschnittlage der Kranken für gewöhnlich der Seitenlage derselben vorziehen, welche mit Anwendung der nach dem Systeme des Mladew'schen Speculum's construirten Specula für die Untersuchung und für gewisse Operation vor der Sims'schen Methode manche Vorzüge hat.

Die Diagnostik der Uterinerkrankungen erfordert häufig die mikroskopische Bestimmung der Gewebsalterationen, und die Beschaffung der nöthigen Präparate geschieht auf operativem Wege. Mit Hülfe von Quellkugeln oder der Hegar'schen, Fritzsch'schen oder anderer ähnlicher Dilatatorien, oft auch ohne die Anwendung solcher gelingt es aus jeder beliebigen Stelle der Uterushülle mittelst des scharfen Löffels und einer geeigneten Kornzange das nöthige Substrat herbeizuschaffen. Der Vaginalportion wird dasselbe einfach durch einen Schnitt entnommen. Es bedarf wohl keiner breiten Erörterung, von wie weitgehender Bedeutung es ist, die Natur eine Erkrankung schon frühzeitig durch das Mikroskop zu bestimmen. Bei den Autoren einer noch garnicht weit zurückliegenden Vergangenheit finden sich beispielsweise lange Abhandlungen über die differentielle Diagnose zwischen Scrutum und gutartiger Hypertrophie der Portio; zu allen Zeiten hat man sich bemüht, eine sichere Handhabe zu finden, um diese Diagnose sicher stellen zu können, ohne je das gewünschte Resultat zu erreichen. Ruge und Veit, denen wir die erschöpfendsten Untersuchungen über die malignen Erkrankungen der Portio verdanken, betonen mit vollem Recht die so naheliegende Nothwendigkeit durch zu Hülfenahme des Mikroskopes von vornherein so die Zweifel über die Natur einer Cervixerkrankung auszuschliessen, und der kleine blutige Eingriff, der zu dem Zweck nothwendig ist, gehört oft zu den segensreichsten Operationen, die je ausgefürt worden sind. Ich lege Ihnen ein Instrument vor, das ich zum Zwecke der Erlangung eines Präparates aus der Portio zur mikroskopischen Untersuchung hier habe anfertigen lassen, und das seinem Zwecke sehr gut entspricht, indem es auch namentlich bis in die tieferen Gewebsschichten leicht eindringt, und die ganze Operation in einem ganz kurzen Moment auszuführen ermöglicht. Das Instrument ist nach dem Princip der Kornzangen gebaut, beide Spitzen sind scharf, mit scharf schneidenden Kanten versehen; in dem Ende der einen Branche befindet sich eine dreieckige Aushöhlung in welche die andere Endbranche hineinpasst. Beide Spitzen werden in geringer Entfernung von einander in das Gewebe eingestochen, und die zwischen ihnen bleibenden Partikel durch Schliessung der Instrumentes herausgeschnitten. Die ganze Verwundung ist nicht grösser als die durch Einstossen einer mittelgrossen Trocarspitze gesetzte.

Werfen wir einen flüchtigen Blick über die verschiedenen Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane, so giebt es

vielleicht kaum eine einzige zu deren Heilung nicht auf operativem Wege vorgegangen worden wäre. Die frequentesten Formen der Ernährungsstörungen des Uterus, deren Trägerinnen die Empfangsräume der Gynäkologen bevölkern, die chronischen Entzündungsformen, an denen man sich, um einen populären Ausdruck zu brauchen, zu Schanden kuriren kann, — werden mit Umgehung der früher gebräuchlichen Kurmethoden, mit scharfen und schneidenden Instrumenten angefasst. Die chron. Endometritis cavi, bei der das zurückgehaltene Secret eine genügende lokale Therapie der in erster Linie afficirten Mucosa fast unmöglich macht, giebt uns eine Indication zur bilateralen Discission der Cervicalwandung, und fordert die Anwendung der Curette; in der That ist die erstgenannte Operation der einzige Weg, um der chronischen Retentionsendometritis eine Möglichkeit zur Heilung zu bieten, während die Ausschabung des degenerirten, hypertrophischen Endometrium unfraglich der sicherste Modus ist, um die Anbildung junger und gesunder Epithelien im Cavum uteri zu ermöglichen. Wie unfruchtbar und meist erfolglos in vielen dieser Fälle die so vielfach geübten localen Aetzungen sind, weiss ein jeder beschäftigte Gynäkolog aus eigenster Erfahrung nur zu gut.

Die Form der Endometritis, in welcher die Ausschabung der Uterinhöhle die sichersten Erfolge gegeben hat, und für die diese Behandlungsweise sich am schnellsten eine unbestrittene Aufnahme gesichert hat, ist die von Olshausen zuerst beschriebene Endometritis fungosa oder polyposa, die durch Wucherung und Gefässneubildung der Epithelien sich charakterisirt. Sie ist nicht ganz selten, und wird gewiss nie geheilt, bevor die reichlichen hyperplastischen Elemente gründlich fortgeschafft sind. Die bei diesen Fällen erprobte Gefahrlosigkeit und Sicherheit des chirurgischen Eingriffs musste dazu führen, denselben auch in anderen Fällen anzuwenden, die weniger durch das immerhin bedrohliche Symptom der Blutungen und mehr durch den sich lang hinziehenden Verlauf und die mit der Zeit sich unfehlbar einstellende Sterilität sich kennzeichnen. Ist doch das operative Einschreiten gegen die sogenannte papilläre Form der Erkrankung der Cervicalmucosa, die nach Ruge und Veit's Untersuchungen auf Wucherung drüsiger Elemente beruht, schon von alter Zeit her in Gebrauch gewesen, — sowohl mit Anwendung der Scheere (Scanzoni) als auch mit Gebrauch des Cauterium actuale. Die diffuse Erkrankung des Gebärmutterparenchyms führt in ihren Ausgängen ebenfalls zu Zuständen, in welchen uns jede Behandlung im Stiche lässt, und die schliesslich nur mittelst blutiger Eingriffe Abhülfe oder wenigstens Linderung erfahren. Wird die Hyperplasie des Bindegewebes so hochgradig, dass die Cervix uteri stark hypertropisch und missgestaltet wird, so dass sie durch ihr Gewicht und ihre Grösse Beschwerden erregt, so heischt sie operative Verkleinerung, welche erreicht wird durch totale Abtragung der missbildeten Muttermundslippen oder durch Excision keilförmiger Stücke aus derselben. Die jetzt wohl fast allgemeine Anwendung der Naht für die blutigen Operationen an der Cervix erleichtert die Blutstillung ebenso sehr, als sie die Heilung der Eingriffe beschleunigt, und die Gefahr vor Wundkrankheiten vermindert. Sims hat zuerst bei seinen Cervixoperationen die Naht in ausgedehntem Massstabe angewendet, jedoch ist in der Folge sein Verfahren von deutschen Gynäkologen, namentlich von Hegar, wesentlich verbessert worden, indem der Schwerpunkt auf eine genaue Vereinigung von Schleimhaut mit Schleimhaut gelegt wurde, ein Umstand, auf welchen Sims in der ersten Ausgabe seines Werkes noch kaum Gewicht legt. Demselben genialen Amerikaner und seinem Mitarbeiter Emmet verdanken wir auch die Anregung zur operativen Heilung des durch tiefe Einrisse bedingten Ektropium der Muttermundslippen. Diese Difformität führt fast immer zu äusserst hartnäckigen Erosionen, deren auch eine möglichst consequente Localbehandlung nicht Herr wird, während eine blutige Auffrischung der umgestülpten Ränder des Risses und darauf folgende Vernähung derselben mit der Umgestaltung der alterirten Form der Cervix auch zur Heilung der begleitenden Geschwüre führt.

Es sei hierbei erwähnt, dass alle diese Operationen in situ mit Hülfe Bozeman'scher, Sims'scher oder anderer Halbspecula ausgeführt, technisch sehr mühsam sind, und dass in sehr vielen, vielleicht den meisten Fällen ein Hervorleiten des Collum uteri bis vor den Scheideneingang, wie es z. B. auf der Schröder'schen Klinik in Berlin geübt wird, das Operiren wesentlich erleichtert. (Fortsetzung folgt).

Referate.

Gottstein: Ueber Rhinitis und Tamponade der Nase. (Berl. kl. W. 1881. № 4.)

G. vertheidigt seine auch von uns referirte (№ 2. 1880) Behandlungsmethode der Ozaena mittelst Wattetampon gegen die Angriffe verschiedener Autoren. Er hält fest an folgenden Sätzen: 1) Die Tamponade ist das beste bisher bekannte Mittel, bei jeder borkenbildenden Form der Rhinitis, die Borken zu lösen und das Secret zu verflüssigen. 2) Bei der sog. atrophischen Rhinitis wird durch die Tamponade gleichzeitig der Foetor beseitigt, während der letztere nicht verschwindet, wenn er durch Nekrose bedingt ist. 3) Die Tamponade ist bei der atrophischen Form nur dann wirksam, wenn der Tampon in Berührung mit der atrophisch erkrankten Schleimhaut ist.

Der Wattebausch muss 4—5 Cm. lang und höchstens 1/2 Cm. dick sein, so dass er fast bis zur Choane reicht. Niemals werden beide Nasenhöhlen gleichzeitig tamponirt. Der Tampon bleibt gewöhnlich 2—3 Stunden liegen, bisweilen aber bis 12 Stunden; manche Kranken tragen ihn nur während der Nacht. Medicamentöse Behandlung ist unnütz, wohl aber kann eine kräftige Nasendouche intercurrent sehr nützlich sein. Bei der hypertrophischen Form bewirkt der Tampon leicht Blutung und macht Schmerzen. Bei vorhandenen Septumdefecten, deren Ränder leicht Borken ansetzen, leistet der in dieselben eingelegte Wattebausch vortreffliche Dienste.

—o—

A. Zander: Chemisches über die Samen von Xanthium strumarium. (Inaugural-Dissertation. Dorpat 1880.)

Mit dem obengenannten Samen und dem aus demselben ausgepressten fetten Oele sollen im Saratowschen Gouvernement 1878 Massenvergiftungen vorgekommen sein, mit ähnlichen Symptomen (u. A. Pupillenerweiterung) wie bei einer Belladonnavergiftung und zahlreichen Todesfällen, besonders von Kindern. Vf. konnte an sich selbst nichts Abnormes bemerken, nachdem er 70 (wie er in des öffentlichen Vertheidigung mittheilte; in der Arbeit ist nur von 50 Samen die Rede) Stück (zwei Jahre alter) Samen genossen, während laut brieflich ihm zugegangener Nachricht 10 (frische) Samen Brechen und Pupillenerweiterung erzeugt haben sollen. Ebensowenig war von je 340 Samen an Katzen irgend eine Wirkung zu sehen. Vf. lässt die Frage nach der Giftigkeit der Samen vorläufig offen, da er mit altem Samen zu arbeiten genöthigt war. Bei der chemischen Untersuchung wurde im unreinen Zustande erhalten ein stickstofffreier, glykositartiger Körper, der fast sämmtliche sogenannte Alkaloidreaktionen gab; 0,05 in Wasserlösung einem Frosche injicirt, waren völlig wirkungslos. Sonst sind nur hervorzuheben der enorm hohe Eiweissgehalt der Samen (über 36 %) und ihr starker Fettgehalt (fast 41 %) bei etwa 5,5 % Feuchtigkeit. β

Totenhoefer: Zur Behandlung der Cholera infantum mit Resorcin. (Breslauer ärztl. Zeitschrift 1880. № 24).

Veranlasst durch eine Mittheilung von Andeer aus Würzburg, nach welcher das Resorcin entschieden eine gährungswidrige und fäulnisshemmende Wirkung hat, wurden bei der im vorigen Sommer grassirenden Chol. infantum Versuche mit Resorcin (seiner chem. Constitution nach Meta dihydroxylbenzol: $C_6 H_4 (OH)_2$) in der ambul. Abtheilung des Soltmann'schen Kinderhospitals angestellt. Von 91 auf diese Weise behandelten Kindern starben 17, von diesen 3 an Complicationen, Pneum, Croup. und Meningitis; nach Abzug dieser 3 betragen also die Todesfälle 15,4%, im Vergleich zu den beiden vorhergehenden Jahren (34,4 resp. 30,7%) ein sehr günstiges Resultat. Dieses beruht auf folgenden Wirkungen des Resorcin:

1. Das Erbrechen sistirt.
2. Collapserscheinungen werden weder hervorgerufen noch gesteigert.
3. Die Zahl der Stuhlentleerungen wird oft gemindert.
4. Resorcin wirkt nicht ätzend wie Carbolsäure, aber ebenso antimykotisch.
5. Es wird gern genommen ohne Corrigens und gut vertragen.
6. Vermittelt eine schnelle Resorptionsfähigkeit des Magen und Darm.

Andeer giebt Erwachsenen innerlich eine Lösung von 1,0—2,0 (5,0!) zu 100 Thl. Wasser, dem entsprechend wurde bei Kindern in

den ersten Lebensmonaten das Mittel zu 0,1—0,3 (0,4!) mit 60,0 Infus. Chamomill. verabfolgt. Bei vorhandenem Collaps giebt Soltmann vor Einleitung der Resorcinbehandlung, subcutane Aetherinjectionen, bei peritonealen Reizerscheinungen, nach beseitigtem Collaps, Resorcin mit Tct. opii. gutt. j-jjj. Hlm.

Friedrich Bezold: Ueber Otomykosis. Zur Aetiologie der Infectionskrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Pilztheorie. (Vorträge, gehalten in den Sitzungen des ärztlichen Vereins zu München. № 4.)

Vf. unterscheidet im Ohr zwei Formen von Mykosen: die Entwickelung von Schizomyketen und die von Hyphomyketen oder Schimmelbildungen. Die Beobachtungen über die letztere Form sind bereits recht zahlreich.

Vf. spricht sich vor Allem gegen Wreden aus, wenn letzterer behauptet, dass die Pilze unter allen Umständen Entzündungserreger seien, in 19 von 48 vom Vf. beobachteten Fällen verlief die Schimmelinvasion im Ohr vollständig symptomenlos.

In leichten Fällen besteht die entzündliche Reaction des Gehörganges und Trommelfelles nur in einer vermehrten Production von Epidermis, doch kommt es in schweren Fällen zu bedeutender Schwellung und Schmerzhaftigkeit, auch von Anfang an. Jucken, einzelne Stiche, mässiger seröser, nicht eitriger Ausfluss im Verlauf von Wochen und Monaten, anfallsweise heftige Schmerzen, Schwerhörigkeit etc., das sind die subjectiven Erscheinungen.

4 Mal unter den 48 Fällen bestand eine acute, perforative Ot. media, als deren direkte Veranlassung Vf. die Vegetationen der Pilze annimmt. Die Heilung war hier gegenüber den ohne Schimmelbildung verlaufenden Ot. media eine retardirte.

Meist im Grunde des Gehörganges zeigen sich gelbe oder schwärzliche Schimmelrasen; sobald der seröse Ausfluss eintritt, wird der ganze Inhalt in eine gewöhnlich weiss und schwarz melirte Masse (nasses Zeitungspapier) umgewandelt.

Die Hyphomyketen sind Aspergillusformen (Wreden: Asperg. nigricans und flavescens). Vf. hält für die häufigste Form den Asperg. fumigatus Fresen. (18 Mal gefunden).

Während Wreden der Ansicht ist, dass Schimmelpilze, in die lebende Oberhaut eindringend, eine specifische Krankheit erzeugen (Myringomykosis Aspergillina), meint Steudener, dass sie nur gelegentlich auf den Secretionsproducten neben anderen Erkrankungen des Ohres sich entwickeln. Erstere Ansicht scheint erwiesen zu sein (Grohe, Leber, Politzer). In Betreff der Aetiologie ist Vf. aus eigener Erfahrung zur Ansicht gekommen, dass bei Anwesenheit von Oel im Ohre die Pilzwucherung begünstigt wird. Vf. führt einen einschlägigen Fall an. Ein zweites günstiges Moment wird durch Anwesenheit von Pflanzenbestandtheilen gegeben (Knoblauch, Saft von Hauswurz, Camillenthee, Baumwollpfropfen, Geraniumblätter etc.). Hlm.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Otto Messerer: (München). Ueber Elasticität und Festigkeit der menschlichen Knochen. (Stuttgart, Verlag der J. G. Cotta'schen Buchhandlung 1880. 102 S. in 4° mit 16 lithographirten Tafeln und einem Holzschnitte. Preis 9 Mk.

Messerer hat 500 Knochen resp. Knochenverbindungen (Schädel, Thorax, Becken nur einmal gezählt) von 90 Leichen auf die Elasticität und Festigkeit hin untersucht. Die Arbeit wurde im mechanisch-technischen Laboratorium des Polytechnicums des Prof. Bauschinger mit Benutzung der Werder'schen Festigkeitsmaschine und unter Respicienz des Assistenten Klebe, welcher auch die Biegungs- sowie Torsionsfestigkeit und Elasticität ausrechnete, ausgeführt.

Vf. setzt zuerst den Grundbegriff über Elasticität und Festigkeit auseinander, geht darauf auf die Elasticität und Festigkeit der Knochensubstanz über und erwähnt, dass das untersuchte Material völlig frisch, seines Periostüberzuges nicht beraubt war und mit der Werder'schen Festigkeitsmaschine geprüft wurde. Die Torsionsverhältnisse ermittelte er, wie schon vor Jahren Wilh. Koch an der Drehbank.

I. Schädel.

Ueber die Elasticität des Schädels sind bisher nur Angaben und Versuche gemacht worden von Bruns, Baum, Hyrtl, Félizet und (über den kindlichen Schädel) von Cohnstein; über die Festigkeit findet man nur bei C. O. Weber eine Notiz.

In der Werder'schen Festigkeitsmaschine wird der Druck auf den Schädel zwischen zwei ebenen Flächen ausgeübt, und zwar geschah in 13 Versuchen die Compression querer Richtung, in 12 anderen Versuchen in der Längsrichtung. In 8 Fällen vermittelte die Wirbelsäule den Druck in senkrechter Richtung auf den Schädel, endlich kam noch ein concentrirter Druck an verschiedenen Stellen des Schädels mittelst eines Druckbolzens zur Verwendung. Die Resultate sind folgende:

Der Schädel lässt sich durch Längs- oder Querdruck in der Druckrichtung bis zum Bruche nicht unbeträchtlich verkleinern. Dabei erfahren die nicht direct gedrückten Durchmesser in den meisten Fällen eine stetige mit dem Drucke zunehmende Vergrösserung. Die letztere ist aber ungemein klein und kann nur durch sehr genaue und zugleich vergrössernde Messinstrumente nachgewiesen werden. Zu den Versuchen wurde deshalb nicht ein einfacher Tastercirkel, sondern Messgabeln benutzt, welche eine Veränderung bis zu $^{2}/_{100}$ Mm. noch genau erkennen liessen.

Bei Querdruck war die grösste Formveränderung eines Schädels bis zum Bruche in der Druckrichtung eine Verkleinerung von 8,8 Mm. und eine Vergrösserung in sagittaler Richtung von 0,54 Mm. und in senkrechter Richtung von 0,6 Mm. Die grösste Veränderung bei Sagittaldruck war im gedrückten Sagittaldurchmesser eine Verkleinerung um 5,4 Mm. im senkrechten Durchmesser eine Verkleinerung um 0,36 Mm. und im queren eine Vergrösserung um 0,7 Mm.

Bei Längsdruck war das Mittel der Bruchbelastung 650 Kg., bei Querdruck 520 Kg.

In den meisten Fällen brach als der schwächste und sprödeste Theil der Schädelkapsel, die Basis cranii ein. Der Bruch erfolgte durch Bersten der am stärksten gedehnten Partie und war constant parallel verlaufend mit der Druckrichtung, bei Querdruck im Querriss, bei Längsdruck im Längsbruch. Bei Druck vermittelst der Wirbelsäule in senkrechter Richtung auf den Schädel wurden die Condylen des Hinterhauptsbeines sammt dem Türkensattel sowie auch einer oder beider Felsenbeinpyramiden nach innen getrieben. Der Bruch erfolgte hier bei einer verhältnissmässig niederen Belastung, welche im Mittel 270 Kg. betrug, und ohne dass irgend eine Veränderung in den verschiedenen Schädeldurchmessern constatirt werden konnte.

Bei Druck vermittelst eines Bolzens an verschiedenen Stellen des Schädels wurde der Schädel entsprechend dem Durchmesser des Bolzens einfach durchlocht. Es zeigte sich hierbei, dass die Festigkeit der Schädelkapsel nicht der absoluten Dicke des Schädels proportional ist, sondern das relativ dünne Stellen mit wenig entwickelter Diploë ebensoviel tragen als dickere, bei welchen die Diploë einen grossen Theil der Dicke ausmacht. Bei Druck auf den äusseren Hinterhauptshöcker brach meist die Schädelbasis der Länge nach.

II. Unterkiefer.

Vf. übte einen seitlichen Druck auf die Kieferwinkel in 14 Fällen und einen Längsdruck von der Kinnspitze gegen die Gelenkfortsätze in 12 Fällen, wobei es sich herausstellte, dass der Unterkiefer bei Druck auf der Kinnspitze entschieden mehr trägt, als bei seitlichem Drucke. Bei Druck auf die Kieferwinkel erfolgte der Bruch in der Mitte oder nahe der Mitte des Unterkieferkörpers mit einer Belastung im Mittel von 60 Kg. Bei Druck auf die Kinnspitze fand der Bruch am Kieferhalse bei einer mittleren Belastung von 170 Kg. statt. Bei seitlichem Druck erfolgte bis zum Bruche eine Annäherung der Kieferäste um 10 Mm., bei Längsdruck ein Auseinandergehen bis zu 13,3 Mm.

III. Wirbel.

Für die Wirbelkörper waren bei senkrechtem Drucke die Bruchbelastungen von den Hals- bis zu den Lendenwirbeln zunehmend. Die Druckfestigkeit der Spongiosa schwankt, bei Personen verschiedenen Alters zwischen 22—92 Kg. pro qcm. Die höchsten Werthe fanden sich bei einem 30-jährigen Manne, der niederste bei einem 80-jährigen Weibe.

IV. Thorax.

Der Thorax wurde in sagittaler und querer Richtung comprimirt nach Entfernung der Eingeweide und Muskeln. Bei einem 24-jährigen Manne konnte das Sternum an die Wirbelsäule angelegt werden, ohne dass ein Bruch erfolgt bei einer Belastung von 60 Kg., sonst erfolgten Brüche an dem Rippenhalse oder ein Abbrechen der Knorpelverbindungen mit dem Sternum. Bei Querdruck wurden die Seitenwände bis auf ein Drittel genähert, dann erfolgte Bruch, theils im Rippenhalse, theils in der Mitte der Rippe.

V. Becken.

Bisher existirten nur Versuche von C. O. Weber. Beim Becken kam durch Druck auf die Symphyse bei einer mittleren Belastung von 250 Kg. ein meist symmetrischer Bruch der Schambeine zu Stande. Bei Querdruck auf die Crista ossis ilei erfolgte die Diastase einer Symphysis sacro-iliaea bei einer mittleren Belastung von 180 Kg. Bei Querdruck in der Höhe der Acetabula war das Mittel der Bruchbelastung 290 Kg. Das Becken wird dabei während des Druckes zu einem Längsoval umgestaltet und ausser an den vor deren schwachen Parthien erfolgt meist noch im Kreuzbein ei- Bruch (Malgaigne's doppelte Verticalfractur).

VI. Extremitäten.

Die Knochen der Extremitäten wurden geprüft auf 1) Zugfestigkeit, 2) Druck- und Strebfestigkeit, 3) Biegungselasticität und Festigkeit und 4) Torsionselasticisät und Festigkeit. Ueber die letztere Art hat schon Wilh. Koch (Langenb. Arch. XV p. 689 und Berl. klin. Wochenschr. 1872) das Wesentliche mitgetheilt.

Die Resultate sind kurz folgende: Der Oberarm eines 25-jährigen Mädchens zerriss bei der Belastung von 800 Kg., der Oberschenkel bei 1550 Kg. Bei Druck seitlich auf die Mitte langer Röhrenknochen wird der Knochen wie ein zwischen den Fingern zusammengepresstes Schilfrohr eingedrückt und es entstehen ausgedehnte Längsfissuren. Zum völligen Durchquetschen der Knochen sind dabei ausserordentlich hohe Belastungen erforderlich.

Bei einer grossen Anzahl der auf Strebfestigkeit geprüften Knochen erfolgte der Bruch nicht an der am meisten gefährdeten Stelle der Mitte, sondern durch Zusammendrücken und Zusammenquetschen an dem einen oder dem anderen der gedrückten Gelenkenden. Letztere müssen daher für diese Art der Beanspruchung als besonders schwache Stellen angesehen werden.

Es erfolgte ein Zerknickungsbruch der Clavicula

	bei Männern im Mittel mit	Weibern
(Clavicula)	192 Kg.	126 Kg.
Humerus	—	600
Radius	334	200
Ulna	235	132
Femur	815	506
Fibula	61	49

Die Belastungen, welche bei Beanspruchung auf Zerknickung den Bruch an dem einen Ende herbeiführten waren:

für den Oberarm im Maximum 880 Kg. Minimum 220 Kg.
die Tibia » 1650 » » 450 »

Die Tibia zeigte sich widerstandsfähiger gegen Zerknickung als das Femur. Ein Bruch der Patella bei Druck von vorne nach hinten erfolgte bei Männern im Mittel bei 600 Kg. Weibern 420 Kg.

Bei seitlicher Unterstützung auf $^{9}/_{10}$ der ganzen Knochenlänge und Belastung der Mitte erfolgte ein Biegungsbruch:

	bei Männern im Mittel mit	Weibern
der Clavicula	100 Kg.	62 Kg.
Humerus	276	174
Radius	122	68
Ulna	125	83
Femur	400	263
Tibia bei Druck auf die innere Fläche	275	190
Tibia bei Druck auf die Crista im Maximum	500	Minimum 240
Fibula	45	31

Die Elasticitätsgrenze für Biegung der langen Röhrenknochen war nahe der Hälfte der Bruchbelastung.

Als Totalausbiegung bis zum Bruche bei obiger Stützweite ergab sich für:

	Maximum	Minimum
Clavicula	10,0 Mm.	5,3 Mm.
Humerus	10,8	4,5
Radius	16,3	5,6
Ulna	13,8	4,4
Femur	11,2	8,6
Tibia	13,2	7,3
Fibula	37,9	7,5

Die Biegungsfestigkeit bei den Knochen verschiedener Personen betrug zwischen 1040—1980 Kg. pro qcm. Sie ist am Grössten im mittleren Lebensalter (1800—1980 Kg. pro qcm. bei einem 32-jährigem Manne) und nimmt im höheren Alter bedeutend ab.

Der Elasticitätsmodul für Biegung war bei den Knochen eines 32-jährigen Mannes 150,000—180,000 Kg. pro qcm. — Die normale Art des Biegungsbruches der Knochen, eine beiderseitige Unterstützung vorausgesetzt, ist das Auseinanderbrechen in drei Fragmentstücke, von denen das mittlere einen Keil darstellt, dessen Basis der Druckrichtung zugekehrt ist und der Stelle, an welcher die Kraft einwirkte, entspricht. Schrägbrüche, die bei der Biegung entstehen, lassen sich darauf zurückführen, dass sehr oft nur auf einer Seite des Keiles die vollständige Knochentrennung erfolgt, während es auf der anderen Seite bei einer Fissur bleibt. Auch bei den auf Säulenfestigkeit geprüften Röhrenknochen kommen Annäherungen an eine solche Bruchform vor.

Durch Torsion mittelst eines Torsionshebels von 16 Cm. Länge wurde gebrochen:

	durch eine mittlere Belastung von
die Clavicula	8 Kg.
Humerus	40
Radius	12
Ulna	8
Femur	89
Tibia	48
Fibula	6

Die Totalverwindung bis zum Bruche betrug für ein der halben Länge des betreffenden Knochens entsprechendes Mittelstück:

	im Maximum	Minimum
beim Humerus	17,2°	7,6°
Radius	23,4°	9,0°
Ulna	7,9°	6,8°
Femur	16,2°	5,0°
Tibia	13,0°	5,4°
Fibula	23,9°	7,2°

Als Torsionsfestigkeit für die Oberschenkel eines 29-jährigen Mannes ergab sich: 570 und 580 Kg. pro qcm. der Elasticitätsmodul für Torsion war bei diesem Knochen 46,660 und 53,420 Kg. pro qcm., somit ungefähr $^{1}/_{3}$ desjenigen für Biegung. Bei den Torsionsersuchen wurden constant sogenannte spiralige oder schraubenförmige Fracturformen erhalten, wie sie schon Wilh. Koch beschrieben hat. Die Schraubenlinie hatte jedesmal eine mit der Drehungsrichtung gleichen Verlauf.

Bei den Festigkeitsversuchen an den langen Röhrenknochen wurde eine grosse Anzahl unvollständiger Fracturen erhalten und zwar sowohl durch Biegung, als durch Zerknickung und Torsion, ferner an allen Knochen und in allen Lebensaltern.

Entsprechend ihren kleineren Dimensionen tragen weibliche Knochen meist nur eine geringere Belastung als männliche, die Festigkeit ist aber bei beiden Geschlechtern gleich. Zwischen rechts und links bestanden in vielen Fällen gar keine Unterschiede in den getragenen Belastungen, in anderen ganz geringe, wie sie Verschiedenheiten der Dimensionen beider Seiten mit sich brachten.

Zuletzt betrachtet der Vf. die Festigkeit des lebenden und des todten Knochens und den Einfluss der Weichtheile auf dieselben.

Dr. Nicolai Hermann (Dorpat).

Russische medicinische Literatur.

№ 69. Wratsch. № 12.
Inhalt: a) Prof. Tauber: Entfernung einer krebsigen Neubildung an der Zungenwurzel mittelst osteoplastischer Resection des Unterkiefers.
b) G. Herzenstein: Das Militär-Sanitätswesen im letzten türkischen Kriege. (Forts.)
c) G. Karrik: Ueber die beste Methode der Verhütung von Pockennarben.

№ 70. Klinitscheskaja Gaseta № 12.
Inhalt: a) Prof. Koschlakow: Zwei Fälle von Fremdkörpern im Kehlkopf.
b) K. Schenk: Vier Fälle von Cerebrospinalmeningitis. (Schluss).
c) J. Ssikorski: Ueber Stottern. (Forts.)
d) T. Bogomolow: Untersuchungen über die Veränderungen im Organismus der Thiere bei verschiedenen Graden von Verfettung. (Aus dem klin. Laboratorium des Prof. Botkin).
e) C. Smigrodski: Parametritischer Abscess, der am Nabelringe zum Aufbruch kam.

№ 71. Wratschebnija Wedomosti. № 11.
Inhalt: a) J. Lapin: Ein Fall von Verstümmelung der äusseren weiblichen Geschlechtsorgane.
b) J. Platonow: Ein Fall von Zwangsvorstellungen. (Schluss).
c) Jaroschewitsch: Die äussere Behandlung der Psoriasis.

№ 72. Wojenno-Medicinski Journal. Januar-Heft 1881.
Inhalt: a) S. Danillo: Zur pathologischen Anatomie des Rückenmarks bei der Phosphorvergiftung. (Schluss).
b) W. Bechterew: Temperaturmessungen bei einigen Formen von Geisteskrankheiten (Forts.)
c) A. Tscherepnin: Zur Physiologie des Hemmungsapparates des Herzens. (Aus dem physiologisch. Kabinet des Prof. Tarchanow).
d) M. Lion: Klinische Beobachtungen über secundäre Degenerationen der psychomotorischen Leitungsbahnen.
e) P. Kubassow: Ueber den Einfluss der Arzneimittel durch die Mutter auf den Foetus.
f) A. Panfilowitsch: Quantitative Bestimmung des Bleies in Cadavern von Thieren, welche mit essigsaurem Bleioxyd vergiftet worden.
g) Nachweis von simulirten und künstlich erzeugten Ohrenkrankheiten.
h) Welitschkowski: Bericht über die Thätigkeit des temp. Mil.-Hosp. № 56 u. s. w. (Forts.)

№ 73. Wojenno-Medizinski Journal. Februar-Heft 1881.
Inhalt: a) W. Bechterew: Temperaturmessungen bei einigen Formen von Geisteskrankheiten. (Forts.)
b) A. Tscherepnin: Zur Physiologie des Hemmungsapparates des Herzens. (Schluss).
c) J. Rjassenzow: Ueber die Wirkung des künstlichen Magensaftes auf Fibrin.
d) Lion: Klinische Beobachtungen über secundäre Degenerationen der psychomotor. Leitungsbahnen. (Schluss).
e) A. Panfilowitsch: Quantitative Bestimmung des Bleies in Cadavern von Thieren u. s. w. (Schuss).
f) P. Kubassow: Ueber den Einfluss der Arzneimittel durch die Mutter auf den Foetus. (Schluss).
g) D. Welitschkowski: Bericht über die Thätigkeit des temp. Mil.-Hosp. № 56 u. s. w. (Forts.)
h) Prof. W. Tarnowski: Bericht des Consultanten für syphilitische Krankheiten bei der Obermilitär-Medicinal-Verwaltung.
i) E. Thorey: Das Newawasser als Trinkwasser.

№ 74. Sdorowje. № 156.
Inhalt: a) Prof. Andrejewski: Ueber die Fürsorge der Landschaftsversammlungen in Bezug auf die Organisation einer Sanitätsaufsicht über die Schulen. (Forts.)
b) Perfiljew: Ueber die Impfung im Waldaischen Kreise.
c) D. Mendelejew: Ueber den Sanitätszustand der Arbeitercolonie beim Bau der Wolgabrücke. (Forts.)

№ 75. Sitzungsprotocolle der kaukasischen medicinischen Gesellschaft. 1881, № 13 und 14.
Inhalt: N. Finn: 2 Fälle von Schädelverletzung. (№ 14).

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Cronica medico-quirurgica de la Habana. № 2.

— Ueber das Verhalten des Malariafiebers in Pola von Dr. A Ritter von Jilek. Wien 1881.

— Prager medicinische Wochenschrift № 11.

— Zur Lehre von der antiseptischen Wundbehandlungs-Methode von Ant. Schmidt (russ.) — St. Petersburg 1881.

Tagesereignisse.

— Am 11. März c. verstarb zu Porchow (Gouv. Pleskau) der dortige Kreisarzt Alexander Schultz im 56. Lebensjahre. Sch. stammte aus Livland, hat seine Schulbildung im Dorpat'schen Gymnasium genossen und von 1847—1852 in Dorpat Medicin studirt.

— Der bisherige Präsident der Gesellschaft Kiew'scher Aerzte, Prof. Mazon, hat wegen zerrütteter Gesundheit das Präsidium niedergelegt.

— Dr. N. Goldenberg hat die Concession erhalten zur Herausgabe einer neuen Wochenschrift für Aerzte und Officiere unter dem Titel: «Das Militär-Sanitätswesen» (Военно-санитарное дѣло).

— Wie die Tagesblätter berichten, beabsichtigt das hiesige Stadtamt *zum Gedächtniss an den in Gott ruhenden Kaiser Alexander II zwei neue Kinderhospitäler* zu gründen, von denen eines auf der Petersburger Seite erbaut werden soll.

— An Stelle des kürzlich verstorbenen Dr. Wiesel ist der Oberarzt des Leib-Jägerregiments, Dr. Grimm, zum Arzt beim Eisenbahndepartement ernannt worden.

— Der Wittwe des Dr. Studizki, der im vorigen Jahre in einem Scharmützel gegen einen Trupp von Tekinzen seinen Tod fand, ist eine Pension von 600 Rbl. bewilligt worden.

— Professor Charcot ist von der französischen Academie der Wissenschaften der Preis Monthyon im Betrage von 2500 Frcs. für seine «Vorlesungen über die Gehirnlocalisationen» zuerkannt worden.

Miscellen.

— Das Haupt-Militär-Hospitalcomité veröffentlicht alljährlich umfangreiche Berichte über das Militär-Hospitalwesen, welche aber vorzugsweise nur Angaben über die Zahl der Hospitäler und der verpflegten Kranken, die Durchschnittsdauer des Hospitalaufenthaltes der Kranken, die für den Unterhalt und die Behandlung der Kranken aufgewandten Summen und dergl. enthalten. Dem letzten, 70 Seiten umfassenden Berichte (im Wojenno-Medizinski Journal 1880, V), welcher das Jahr 1878 betrifft, entnehmen wir in Nachstehendem einige Daten von allgemeinerem Interesse.

Im Jahre 1878 verfügte das Militärressort über 84 ständige Militär-Hospitäler und Halbhospitäler, 99 temporäre Hospitäler sowie 541 Lazarethe und Ambulanzen. Ausserdem wurden Kranke des Militärressorts auch noch in Civilkrankenhäusern und den Hospitälern des Rothen Kreuzes verpflegt. Alle obengenannten Militärkrankenhäuser hatten zusammen 93650 Krankenbetten (68123 in den Hospitälern und 25527 in den Lazarethen). Die Gesammtzahl der Kranken des Militärressorts betrug 998433[1]) Personen, von denen 17,08% in den Civilhospitälern behandelt wurden. Die grösste Anzahl der Kranken (363229) wurde in den ständigen Militärhospitälern behandelt, nächstdem (269009 Kranke) in den Lazarethen. Die Ausgaben für die 83 ständigen Hospitäler beliefen sich auf 7200301 Rbl. 75 Kop., von denen auf die Beköstigung der Kranken, Medicamente, Apparate 35,29%, auf die Remonte der Gebäude, Beheizung und Beleuchtung 16,74%, auf den Unterhalt des Personalbestandes 32,08% und auf alle übrigen Hospitalausgaben 15,89% kamen. Der Unterhalt eines jeden Kranken kostete im Mil.-Hospital täglich im Durchschnitt 77,9 Kop., wenn man aber die Ausgaben für den Unterhalt des Personals und der Gebäude abrechnet — 39,87 Kop. Da im Durchschnitt ein Kranker 25,45 Tage im Hospital verblieb, so kostete er also im Mittel 19 Rbl. 82 Kop.

Die übrigen Krankenanstalten unterscheiden sich von den ständigen grossen Hospitälern in vieler Hinsicht; wir können jedoch hier auf dieselben nicht specieller eingehen, wollen aber einen Vergleich zwischen einigen derselben und den ständigen Hospitälern ziehen, weil sich dabei überraschende Differenzen ergeben. Während der Unterhalt eines Kranken in den ständigen Mil.-Hospitälern durchschnittlich 19 Rbl. 82 Kop. erforderte, kostete er in den Civilhospitälern 15 Rbl. 29 Kop., in den Lazarethen der Localtruppen 6 Rbl. 69 Kop. und in den Lazarethen der Feldtruppen sogar nur 4 Rbl. 37 Kop. Die Dauer der Behandlung betrug in den Mil.-Hospitälern durschnittlich 25,45 Tage und in den Civilhospitälern 23, in den Lazarethen dagegen nur 15 Tage. In den Mil.-Hospitälern genasen von der Gesammtzahl der Kranken 69,77% und starben 4,49%, in den Civilhospitälern 85,66% resp. 6,17%, während in den Lazarethen die Procentzahl der Genesenen 84,74, die der Verstorbenen aber nur 3,13 betrug. Diese für die kleinen Lazarethe günstig ausfallenden Zahlen finden ihre Erklärung darin, dass dieselben eigentlich nur für leichte Fälle bestimmt sind und schwere nur bei Unmöglichkeit der Weiterbeförderung in Hospitäler bis zu Ende verpflegen. Bf.

[1]) Diese Zahl ist zu niedrig angegeben, da von einem Theil der Hospitäler des Rothen Kreuzes die Berichte nicht eingegangen waren.

— Es sind neuerdings wieder Fälle von Trichinosis in Petersburg vorgekommen; eine Familie von 5 Personen, welche am 8. März Schinkenwurst gegessen hatte, ist — zum Theil ziemlich schwer — erkrankt.

— Die Vorbereitungen zu dem *diesjährigen internationalen medicinischen Congress in London* werden vom Executiv-Comité in grossem Massstabe getroffen. Ueber 40,000 persönliche Einladungen sind an Aerzte in allen Theilen der Erde gesandt worden; ca. 1000 Theilnehmer sind bis jetzt schon angemeldet. Die Eröffnungsrede am 3. August wird Sir. James Paget als Präsident des Congresses halten. In den allgemeinen Sitzungen werden vier hervorragende Männer vier verschiedener Nationalitäten Vorträge halten, und zwar Prof. Huxley: „Ueber den Zusammenhang allgemeiner Wissenschaft mit der Medicin"; Prof. Volkmann (Halle): „Ueber moderne Chirurgie" und Dr. Billings (Washington): „Ueber medicinische Literatur". Der vierte Vortrag, welcher von einem hervorragenden französischen Mediciner gehalten werden wird, ist noch nicht bestimmt.

Personal-Nachrichten.

Amtliche.

— *Befördert*: *Zum wirklichen Staatsrath*: Der Direktor des von *Seiner Kaiserlichen Hoheit dem Cäsarewitsch Thronfolger* gestifteten Asyls für Geisteskranke, jüng. Ord. der Abtheilung für Geisteskranke am Nikolai-Militärhospital zu St. Petersburg, Nikiforow. *Zum Staatsrath*: Der jüng. Ord. des Moskauer Militärhospitals, Ratschkowski und zum *Collegienrath*: Der ält. Arzt des 2. Donischen-Kosaken-Regiments, Kudrjawzew.

Vacanzen.

— *Eine Landschaftsarztstelle* im Kreise *Tichwin* des Gouvernements *Nowgorod* ist vacant. Gehalt 1500 Rbl. jährlich. Der Arzt hat in Tichwin zu wohnen. Nähere Auskunft ertheilt das Kreis-Landschaftsamt.

— *Eine Provisorstelle* beim Hospital zu *Welikije-Luki* im Gouv. *Pleskau* ist vacant. Gehalt 800 Rbl. jährlich. Nähere Auskunft ertheilt das Landschaftsamt von Welikije-Luki.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs

für die Woche vom 8. bis 14. März 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 805 (Todtgeborene 19).

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
491	314	805	139	31	88	8	12	39	102	104	88	75	50	41	14	14

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 55, Typh. abd. 35, Febris recurrens 23, Typhus ohne Bestimmung der Form 13, Pocken 6, Masern 9, Scharlach 16, Diphtheritis 10, Croup 1, Keuchhusten 3, Puerperalkrankheiten 7, Thiergift 1.

— Gehirnapoplexie 16, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 37, acute Entzündung der Athmungsorgane 100, Lungenschwindsucht 129, Gastro-intestinal-Krankheiten 105, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 25, Marasmus senilis 31, Pyämie und Septicämie 0.

— Tod durch Zufall 6, Selbstmord 1.

— Andere Ursachen 176.

Nächste Sitzung des allgem. Vereins St. Petersburger Aerzte, Dienstag den 7. April 1881.

Nächste Sitzung d. deutschen ärztlichen Vereins, Montag den 30. März 1881.

Adressen von Krankenpflegerinnen.

Anna Karlowna Mordwin, у Чернышева моста, № 68, кв. 5.
M. Jakimowa, Гороховая, № 77, кв. 15.
Elis. Iwan. Njemtschinowa, На Пескахъ, 7 улица, № 8, кв. 4.
Mad. Krause, Пески, 3 улица, № 16, кв. 10.
Amalie Schulz, На углу Вознесенскаго и Екатерингофскаго просп., д. Лихачева, № 37/6, кв. 37.
Frl. Helena Fedorowna Stepanenko (Hebamme u. barmherz. Schwester), Почтамсвая ул., № 11, кв. 17.
Аполлинарія Егоровна Щепоткина (Hebamme) Новая ул., № 11, кв. 28.
Frl. Rasmussen, Обводный каналъ (на углу Измайловскаго просп.) № 21, кв. 30.
Frl. Nürnberg, Мал. Конюшенная, № 1/3, кв. 50.
Frau Eurich, На углу М. Итальянской и Эртелева пер., д. кн. Масальской, № 1/12, кв. 19.
Elisab. Karlowna van der Vliet (Hebamme und Krankenpflegerin) На углу большой Мастерской и Торговой улицѣ, д. № 11/7, кв. 10.
Frau A. Jordan, Введенская ул., д. Зонтикова, кв. № 2.
Karolina Fedorowna Krause, Измайловскій полкъ, 3 рота, д. № 7, кв. 90.
Amalie Ritter, Малая Морская № 18, Grand Hôtel, прачешное заведеніе, Амалія Антоновна Эстамъ.
Anna Andrejewna Bitt, Свѣчной переулокъ, д. № 8, кв. 10.
Anna Nikolaewna Nikolaewa, у Пустаго рынка, Рыночная ул., д. Пыльнева № 8, кв. 5.
Elis. Wass. Ospitschewa, Большая Коннюшенная д. № 10, кв. № 93.

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.
Soeben erschien: 33 (1)

Leitfaden
für
Operationsübungen
am Cadaver und deren Verwerthung beim lebenden Menschen
von Prof. Dr. **E. Gurlt.**
Fünfte Auflage. 1881. 4 Mark.

Die
Dr. Kreyser'sche Wasserheilanstalt
vormals im Demidow-Pereulok, befindet sich jetzt
Michaelplatz № 15, nächst der Passage
und steht unter Leitung von
Dr. J. Fränkl 11 (41)
früher Assistent bei Prof. Winternitz und leitender Arzt der Wasserheilanstalt Priessnitzthal bei Wien. Die Anstalt ist von 8 Uhr Morg. bis 6 Uhr Abends geöffnet — für Damen von 12 bis 2 Uhr. Daselbst Zimmer für Kranke.

Die Stelle eines Arztes
ist auf der Tuchfabrik **Quellenstein** bei Pernau, Livland, **vacant**. Dieselbe ist verbunden mit einem Fixum von 800 Rubel, freier Wohnung und Brennholz. Praxis auch in der Umgegend, da kein Kirchspielsarzt vorhanden. Offerten direct an 30 (3)
A. Zoepffel, Quellenstein.

Finnische Kindermilch
wird auf schriftliche Bestellung in der Fabrik **Новый финляндскій водочный и пуншевый заводъ Васильевскій Ост., 11 линія, № 56** frei ins Haus geliefert. — Enthält 1¼ und 2½ pCt. Alcohol und wird gebraucht bei **Reconvalescenten, Wöchnerinnen, nährenden Frauen, Rhachitis** und **Darmcatarrh** der Kinder, überhaupt in allen Fällen, wo eine stärkende Diät nöthig.
Preis für № 1, 1¼ pCt. . . . . 40 Kop.
„ „ № 2, 2½ pCt. . . . . 55 „
Das Glas wird mit 5 Kop. retour genommen.
Hospitälern und anderen Anstalten Rabatt.
Die Milch hält sich 3—4 Tage, ohne zu gerinnen bei verkorkter Flasche. 23 (1)

Prämiirt Lyon 1872, Wien 1873, Paris 1878 Silb. Medaille.

Saxlehner's Bitterquelle
Hunyadi János
durch **Liebig, Bunsen, Fresenius** analysirt, sowie erprobt und geschätzt von medizinischen Autoritäten, wie **Botkin, Zdekauer, Bamberger, Virchow, Hirsch, Spiegelberg, Scanzoni, Buhl, Nussbaum, Esmarch, Kussmaul, Friedreich, Schultze, Ebstein, Wunderlich etc.** verdient mit Recht als das
Vorzüglichste und Wirksamste aller Bitterwässer
empfohlen zu werden. — Niederlagen sind in allen soliden Mineralwasserhandlungen und den meisten Apotheken, doch wird gebeten stets ausdrücklich **Saxlehner's Bitterwasser** zu verlangen. 31 (26)
Der Besitzer: **Andreas Saxlehner, Budapest.**

Alleinige Annoncen-Annahme für das Ausland (ausser Buchhändler-Anzeigen) bei **L. Metzl,** Central-Annoncenbureau aller Zeitungen Europas **in Moskau**, grosse Dmitrowka, Haus Butschanowa und Petrowka, Haus Solodownikow, Allgemeine Anfahrt mit dem Théâtre Bouffe in der Bel-Etage.

---

chez Mrs. Stoll & Schmidt, Societé pharmaceutique commerciale russe, H. Klos & Co. 15 (11)

VICHY
Direction: Paris, 22, boulevard Montmartre.
GRAND-GRILLE. Gegen lympathische Neigungen, schlechte Verdauung, Verstopfung der Leber, der Milz, des Leibes, Steinkrankheit u. s. w.
HOPITAL. Gegen Verdauungsbeschwerden, Magenbeschwerden, Appetitlosigkeit, Magenschmerzen u. s. w.
CÉLESTINS. Gegen Kreuzschmerzen, Blasenleiden, Steinkrankheit, Podagra, Appetitlosigkeit u. s. w.
HAUTERIVE. Gegen Kreuzschmerzen, Blasenleiden, Steinkrankheit, Podagra, Appetitlosigkeit u. s. w. — Man fordere die Bezeichnung der Quelle auf der Schachtel.
En vente à St. Pétersbourg:

chez Mrs. Stoll & Schmidt, Societé pharmaceutique commerciale russe, H. Klos & Co.

ULRIKASBORGER **SEEBÄDER UND MINERALWASSER**
IN HELSINGFORS
im **Brunnenpark** nahe der Stadt, an den malerischen Ufern des Meeres gelegen, zeichnen sich durch besonders reine und gesunde Luft aus. **Warme Seebäder** und **hydro-therapeutische** und **Massage-Kuren** beginnen **den 20. Mai.** **Kalte Seebäder** im Juni.
Mineralwasser, natürliche wie künstliche **aller Art.** — Restauration, Table d'hôte, Lesekabinet, musikalische Soiréen; möblirte Villen wie einzelne Zimmer sind im Park selbst zu haben. Nähere Auskunft ertheilt die Direction des Brunnenparks. — Kommunikation mit St. Petersburg per Dampfboot und Eisenbahn (Tag- und Nachtzüge).
29 (3) **Dr. W. DJAKOFFSKY.**

Hierzu als Beilage ein Prospect der Verlagshandlung Ferdinand Enke in Stuttgart.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 27. Марта 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh. Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg,
Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 14. St. Petersburg, 4. (16.) April. 1881.

Ein Fall von Hernia umbilicalis acquisita incarcerata bei einem erwachsenen Manne. Darmgangrän, septische Phlegmone. Herniotomie. Anus artificialis. Heilung.

Von

Dr. A. Selenkoff.

Aelt. Ordinator am ausserstädtischen Hospital in St. Petersburg.

Erworbene Nabelhernien sind bei Erwachsenen überhaupt selten. Von 43,155 in der Londoner Truss Society [1] beobachteten Hernien waren 1428 Nabelhernien = 3,3 pCt. Von 1027 Hernien des 40 Jahre umfassenden Berichtes des Dr. Frickhöfer [2] für das Herzogthum Nassau sind nur 15, also 1,4 pCt. Nabelbrüche aufgeführt. Verhältnissmässig viel seltener sind dieselben ausserdem bei Männern, als bei Frauen, welche Letztere durch die Schwangerschaft dazu disponirt werden. Derselbe Bericht giebt folgende Zahlen: von 484 Brüchen bei Männern — 3 Nabelbrüche = 0,62 pCt., bei Frauen von 543 — 12 Fälle = 2,2 pCt. Verhältniss der Fälle bei Männern zu denen bei Frauen 1:4. Bardeleben [3] citirt eine Statistik der Londoner Bruchbandgesellschaft, wo von 344 Nabelhernien nur 30 bei Männern waren. Verh. 1:10. Cloquet [4] fand unter 457 mit Hernien behafteten Leichen 24 = 5,2 pCt. Nabelhernien, davon 21 bei Frauen, 3 bei Männern. Verh. 1:7. Ferner hat Uhde [5] in seinem 122 Fälle von eingeklemmten Nabelhernien umfassenden Bericht 12 Männer unter 70 Fällen, wo das Geschlecht bezeichnet ist. Verh. 1:6.

Die Literatur ist überhaupt arm an Casuistik der Nabelbruchincarceration. Beispielsweise enthält der 9 Jahre umfassende Züricher klinische Bericht von Billroth keinen einzigen Fall unter 67 eingeklemmten Brüchen. Ich fand beim Durchsuchen der neueren Literatur nur 3 Fälle.

[1] Wernher z. Statistik der Hernien. Langenb. Archiv. XI. p. 578.

[2] Streubel. Schmidt's Jahrb. Bd. 110. p. 343.

[3] Lehrb. der Chirurg. Bd. III. p. 907.

[4] Wernher l. c.

[5] Langenb. Arch. Bd. XI. p. 296.

1) Lücke [1] klin. Ber. f. 6 Jahre aus Bern. 1 Fall mit tödtlichem Ausgange ohne Bezeichnung von Geschlecht noch Alter. 2) Schuster [2] in Aachen. 64-j. Frau Herniotomie am 1. Tage der Einklemmung. Heilung in 5 Wochen. Recidiv. 3) Aschenborn [3] 46-j. Frau. Operation am 3. Tage. Heilung. Einen Fall übergab mir Dr. Petersen hier zur Veröffentlichung. 66-j. Frau, 10. Jan. 1877 ins hiesige evangelische Hospital aufgenommen. 6 Mal geboren. Seit der letzten Geburt, vor 10 Jahren, Nabelbruch; kurze Zeit Bruchband getragen. Letzte Defaecation vor 2 Tagen. Geschwulst taubeneigross. Nach Repositionsversuchen Herniotomie am Tage der Aufnahme durch Dr. E. Kade unter antiseptischen Cautelen. Incision des Nabelringes, Reposition des Darms nach Abbindung und Abtragung des Netzes. Catgutnähte. Zwei Tage Fieber bis 39,2, dann nur Abends gegen 38°. Am 4. Tage erster reichlicher Stuhl, dann Diarrhoë. Am 9. Tage Eröffnung eines Abscesses nach unten und links von der fast verheilten Wunde. Am 27. Tage Auftreten einer acuten Nephritis, welche fast einen Monat dauerte. Geheilt entlassen am 51. Tage nach der Operation, am 2. März

Diese Armuth rechtfertigt die Veröffentlichung des folgenden von mir beobachteten Falles.

Iwan Bykow, 45 Jahre alt, Handelsmann, von kräftigem Körperbau, wurde am 17. März 1880 in die gangränöse Abtheilung des ausserstädtischen Hospitals aufgenommen. Leidet seit Jahren an kleinen oberflächlichen Ulcera crurum chronica. Vor 4 Tagen mit Schüttelfrost erkrankt, wobei

[1] D. Zeitschr. f. Chir. II p. 354.

[2] Ibid. p. 477.

[3] Ber. über d. äuss. Stat. Bethanien f. 1877. D. Zeitschr. f. Chirurgie XXV. p. 183.

die Umgebung der Geschwüre sich röthete und anschwoll. Bei der Aufnahme fand sich Erysipel beider Unterextremitäten bis zur Mitte der Oberschenkel hinauf, welches vom 4. Tage des Aufenthalts an unter Eisbehandlung abblasste und nach Eröffnung eines kleinen Abscesses in der Höhe des Ulcus am rechten Bein am 10. Tage abgelaufen war. 1.—4. April kein Stuhl trotz Drastica. Ueber Schmerz wird vom Pat. nicht geklagt, Obstruction als habituell bezeichnet. 5. Nach Klysma ein spärlicher Stuhl. 6. Nachts Erbrechen. Morgens bei Untersuchung des Leibes: Meteorismus, an Stelle des Nabels kleinapfelgrosse Geschwulst, unverschiebbar, schmerzhaft, weich, nicht wegdrückbar, Haut drüber leicht geröthet, abhebbar. Nach jetzt erst gemachter Angabe des Pat. sei dieselbe bereits oft dagewesen, zum ersten Male vor etwa 6 Jahren, aber immer entweder spontan verschwunden oder leicht von ihm reponirt worden. In den letzten Jahren habe er beim Auftreten der Geschwulst eine Vergrösserung wahrgenommen. Pat. wurde nun zu mir auf die chirurgische Abtheilung übergeführt. Auch jetzt, unter bedeutenden Schmerzen, Meteorismus, beständiger Nausea und häufigem Erbrechen, wo die Diagnose einer incarcerirten Nabelhernie zweifellos war, will er von einer Operation nichts wissen. Erst die folgende, unter permanentem Miserere und quälendem Singultus verbrachte Nacht konnte in dem wenig intelligenten Pat. diesen Entschluss zur Reife bringen.

7. April. Colossale Tympanitis, Haut über der Geschwulst tief roth-blau, nicht abhebbar, Umgebung geröthet, giebt gedämpften Percussionsschall; Puls sehr klein und frequent. Vorsichtige Chloroformnarcose. Nach sorgfältiger Reinigung und Desinfection — *Operation* unter Carbolspray. Schnitt bogenförmig auf der Geschwulst, die im Centrum gelegene Nabelnarbe unten umgehend, 5—6 Ctm. lang. Mit dem Hautschnitt war zugleich der fest mit der äusseren Bedeckung verwachsene Bruchsack eröffnet; es ergiesst sich eine trübe, bräunliche, intensiv stinkende Jauche; zu Tage liegt fettig degenerirtes Netz, unter welchem versteckt rechts eine ca. 8 Ctm. lange Dünndarmschlinge, deren Wandung zum Theil gangränös, i. e. dunkellivid, stellenweise ulcerirt und matsch mit deutlicher eitrig infiltrirter Demarcationslinie. Nach eifriger Abspritzung und Abreibung des Ganzen bis in die tiefsten Winkel hinein mit 5 pCt. Carbol- und 8 pCt. ZnCl-Lösung, lässt sich die Darmschlinge ohne bedeutende Gewalt nicht weiter vorziehen. Dieses gelingt erst (unter fortwährender Irrigation), nachdem 6—8 kleine Débridements rings am einklemmenden Nabelringe gemacht sind, wobei sich schliesslich ca. 2 Unzen trüber heisser Flüssigkeit, dem aus der Bauchhöhle zurückgezogenen 5. Finger folgend, ergiessen. Hierauf wird das degenerirte und mit dem brandig zerfallenen Bruchsack z. Th. verwachsene Netz in zwei Portionen hart am Ringe mit Catgut ligirt und abgeschnitten, nicht reponirt. Die Darmschlinge wird um einige Ctm. vorgezogen und durch vier Suturen am Ringe fixirt, darauf, nach mehrfächeriger Ligatur des Mesenteriums der gangränöse Theil im Gesunden excidirt. Es ergiessen sich sofort in jähem Strom (unter Irrigation der Wunde) einige Flaschen voll brauner faeculenter Flüssigkeit aus dem links gelegenen Darmlumen. Im Umkreise der Wunde findet sich ein septisch ödematöses Infiltrat und fauliger Zerfall des Zellgewebes; es werden darum an 3 Stellen tiefe radiäre, 2—3 Ctm. lange Schnitte gemacht und nach Einlegung von Drains die Höhle um den Darm mit in 8 pCt. ZnCl-Lösung getränkter Watte ausgefüllt. Nach Ausspülung des oberen Darmendes mit lauem Wasser wird der nach $1^1/_2$ stündiger Operation sehr geschwächte fröstelnde Pat. auf 2 Stunden in ein warmes Bad und dann zu Bett gebracht. Ins Bad floss noch eine Masse fäculenter Flüssigkeit. Die Wunde wird mit nasser Carbolwatte bedeckt, welche zweistündlich — ebenso die ZnCl-Watte in der Wunde — gewechselt werden soll. Ordin.: Xeres, Opium. T. Valerian. aeth., Eisstückchen, Selterswasser. In das obere Darmende wird eine daumendicke Gummiröhre 3 Zoll tief eingeführt, durch eine Naht fixirt und in eine am Bettrande hängende Flasche geleitet. Puls hebt sich; relatives Wohlbefinden. Abends: die Flasche 2 Mal vollgelaufen; weder Singultus noch Erbrechen gewesen; Leib weich, wenig empfindlich T. 38,4. P. befriedigend. Am nächsten Tage T. normal, P. gut. Am 3. Tage T. 39,0, P. klein. Septische Phlegmone weitergreifend. Halbkreisincision unten. Drainage. ZnCl., Milch, kein Opium. Branntwein. Tags darauf Halbkreisincision oben. Einlegen von 8 pCt. ZnCl-Watte. Carbolharn. Am 8. Tage nach der Operation Puls und Kräftezustand befriedigend, T. normal. Die ganze zolltiefe Wundhöhle um die Darmenden bildet einen 1 Cm. dicken gangränösen Schorf, welcher sich nach 1 Woche abzustossen beginnt. Dabei findet sich hart am Nabelringe eine Fistel des oberen Darmendes. Am 27. Tage war die Wunde rein und begann die Vernarbung, welche am 50. Tage, also in 7 Wochen vollendet war. Die beiden Darmenden bestanden in Form einer doppelten Lippenfistel deutlich nebeneinander, Defäcation ging 5—6 Mal täglich vor sich, ohne dass beständig etwas ausfloss. Die Nahrung bestand in Milch, Suppe und Weissbrod, später auch Fleischcotelettes. Der Allgemeinzustand war bald ein befriedigender. Nach 2 monatlicher Ruhe wurde am 31. Juli Ol. Ricini 30,0 verordnet und absolute Diät angesagt. 1. August. Erstes *Anlegen der Dupuytrenschen Darmscheere* (mit Scheerenschloss), 1 Zoll tief *für 3 Stunden*. Geringer Schmerz. Leichte Uebelkeit vorübergehend. 2. August ebenso. 3. August für 24 Stunden. 4. August Abends für die Nacht. 5. August erweist sich die Scheidewand zolltief durchbrochen. Ein entsprechendes Stück necrotischen Gewebes wird mit dem Instrument entfernt. In den letzten Tagen 2 Mal täglich hohe Clystiere, wobei alte Fäcalmassen und Schleim entleert werden. 12. August nochmaliges Anlegen der *Scheere*, tiefer, schwach zugeschraubt. Wegen arger Schmerzen nach 8 St. entfernt. In den nächsten Tagen durch Klysmen einige Male frische Faeces entleert. 11 Tage später — 23. August Wiederanlegung der *Scheere*, welche nach 24 Stunden bereits vollständig zugeschraubt werden konnte. Keine Schmerzen. 12 Stunden darauf Entfernung des Instrumentes. Der Sporn mit Ausnahme dünner Fäden, welche quer über den Spalt ziehen, durchbrochen. Am Tage darauf erste gute Defäcation p. anum nach Klysma. Aus der sich verengenden Fistel Ausfluss minim. Nach 1 Monat relativen Wohlbefindens stellte sich am 29. September nach grobem Diätfehler (Genuss roher unreifer Aepfel) bedeutende Auftreibung und Schmerzhaftigkeit des Leibes, bes. im Epigastrium und rechten Hypochondrium, bei Constipation, ein. Der Nabel wird durch die lebhafte Peristaltik tief eingezogen. Collaps-

ähnlicher Zustand. Uebelkeit. Klysmata per anum et fistulam hinauf. Ol. Ricini. Am Tage darauf nach Defäcation wenig Erleichterung; Besserung erst nach 3 Tagen, doch dauert noch Empfindlichkeit und Auftreibung etwa 1 Woche fort. Nach vollständiger Restitution Versuche die Fistel durch Ränderanfrischung zum Verschluss zu bringen. Bedeutende Verengerung im Laufe von 3 Wochen. Im Anfang Januar, wo die Fistel nur etwa für einen Rabenfederkiel passirbar war — 3 Tage lang keine Entleerung p. anum, Appetitlosigkeit, Ernährung im Sinken. Darauf spärliche Stühle, Appetitlosigkeit besteht fort. 17. Januar. *Einlegen eines dicken Laminariastiftes* in die Fistel. Digitaluntersuchung am folgenden Tage erweist, dass der jetzt dünne klappenähnliche Sporn der Bauchöffnung näher gerückt ist und es schwer ist den kleinen Finger in das obere Darmende einzuführen. *Anlegung der Darmscheere.* Schon nach 24 h. Entfernung derselben mit nekrotischem Stück zwischen den Branchen. Von nun an freie Durchgängigkeit. Bis Ende Februar entleert der Pat. fast täglich ziemliche Mengen Schleim mit den behufs regelmässiger Defäcation applicirten Klysmen, befindet sich aber im Uebrigen wohl. Die Fistel extrem eng, lässt nur zeitweise etwas Flüssigkeit austreten.

Der Fall bot unstreitig selten ungünstige Verhältnisse: Operation am 7. Tage der Einklemmung, jauchiger Zerfall des eingeklemmten Darmstücks und Perforation des Bruchsacks mit consecutiver septischer Phlegmone der Umgebung, schliesslich bereits bestehende Peritonitis (durch das nach dem Débridement entleerte Exsudat ad oculos demonstrirt) und das alles bei einem Pat., der durch ein vorhergegangenes ausgebreitetes Erysipel bedeutend geschwächt war. Abgesehen von derartigen erschwerenden Verhältnissen sind alte wie neue Autoren einig über die bedeutende Gefährlichkeit der einfachen Herniotomie bei nicht complicirter Incarceration von Nabelhernien gegenüber derselben Operation bei anderen Brüchen. Stromeyer [1] verwirft die Operation vollständig und will sich exspectativ verhalten, da die spontan entstandene Kothfistel meist zur Heilung gelange, während die Operation geradezu tödtlich sei; Busch [2] erklärt die Einklemmung von Nabelhernien für «sehr gefährlich», geht nur mit Zagen an die Herniotomie und sieht bei der stets nothwendigen Eröffnung der Peritonealhöhle in dem directen Hineinfliessen des Wundsecrets den Grund, dass nur wenige Pat. die Operation überleben. König [3] theilt diese Ansicht und hält das von Uhde [4] für 122 eingeklemmte Nabelbrüche gefundene Mortalitätsprocent — 46,7 — für zu tief gegriffen, meint jedoch, dass energische Antiseptik auch hier viel vermögen würde.

Der peinlichen und energischen Antiseptik im weitesten Sinne des Wortes habe natürlich auch ich den errungenen Erfolg zu verdanken. In zweiter Linie bedingt ihn aber auch der Umstand, dass ich mich durch die in neuerer Zeit publicirten Erfolge (Czerny, Billroth) nicht habe zur Darmnaht und Reposition verleiten lassen, sondern mich mit dem alten unbequemen Anus praeternaturalis begnügte. So viel Vertrauen man auch auf die momentane antiseptische Wirkung der 5 pCt. Carbollösung und des Chlorzinks setzen darf, welche den resp. resecirten und genähten Darm zum gefahrlosen Aufenthalt in der Bauchhöhle befähigen könnte, so erschien unter den gegebenen Verhältnissen eine moderne Operation unstatthaft, weil mit der Reposition des Darmes der einzige verlässliche Verschluss der Bauchhöhle gegen die Producte der umgebenden septischen Phlegmone zerstört worden wäre. Nur absoluter, so zu sagen hermetischer Verschluss konnte hier Schutz gegen Peritonitis acutissima in den ersten Stunden des Wundverlaufs gewähren, $^1/_{10}$ Tropfen der Jauche, wie sie vorlag und weiter secernirt wurde, hätte wohl genügt um in der Bauchhöhle einen foudroyant deletären Einfluss auszuüben. Die Leichtigkeit des Eindringens von Wundsecret in die Peritonealhöhle nach Herniotomie bei Nabelbrüchen, welche ältere Autoren (wie Stromeyer) von der Operation ganz abschreckte, muss uns bewegen: in Fällen von *uncomplicirter Incarceration* dieser Brüche die Desinfection jeder winzigsten Falte noch vor dem Débridement sowie die der Reposition folgende Naht des Nabelringes auf das Peinlichste zu besorgen: in Fällen von *Gangrän des incarcerirten Darmes* 1) das Débridement nur auf das nothwendigste Maass (nicht über 1 Mm. lange Einschnitte) zu beschränken und 2) nie nach der Resection zu nähen noch zu reponiren, sondern *stets einen Anus praeternaturalis* anzulegen. Unter den 7 Fällen von Darmgangrän in dem Bericht von Uhde (l. c.) ist bei diesem Operationsmodus nur 1 gestorben. Selbst Carl Beck, welcher letzthin [1] an der Hand der Literatur und auf Grund von 69 Thierexperimenten der unmittelbaren Darmnaht bei gangränösen Hernien ganz besonders warm das Wort redet, bekennt sich bei «tief greifender Gangrän und Phlegmone der Umgebung» zu diesem «traurigen Auskunftsmittel.» So traurig ist es nun im Grunde damit nicht bestellt. Wenn die Heilung vollendet, die Narbe fest und mithin kein septisches Depôt mehr vorhanden, so mag man dem neulich veröffentlichten Beispiele von Thiersch [2] folgen und die Laparotomie zur Lösung der Darmenden, nochmaliger Resection und Naht vornehmen. Durch dieses Zuwarten, besonders bei Nabelhernien, wo der künstliche After den Darmkanal hoch oben unterbrechen kann, könnte freilich die Ernährung des Pat. leiden; doch sind die Aussichten auf Erfolg damit doch günstiger gestellt als mit dem schon a priori als tödtlich zu bezeichnenden Eingriff der unmittelbaren Naht und Reposition. Für unsere Hospitalsverhältnisse, welche der Sicherheit der antiseptischen Methode manches Hinderniss in den Weg legen, wäre wohl die Laparotomie nach Thiersch als Nachoperation entschieden der weniger eingreifenden alten Dupuytren'schen *Enterotomie* nachzusetzen. Die Gefahren dieser Operation lassen sich durch gehörige Vorsicht auf ein Minimum reduciren. Dupuytren selbst hat nach Angabe von König [3] von 41 Pat. nur 3 verloren. Die Aufhebung der Gefahren des Eingriffs kann meiner Ansicht nach noch weiter gefördert werden: 1) durch ausschliessliche Benutzung der ursprünglichen Form des Instruments mit *Scheerenschloss*, wie Bar-

[1] Verletzungen und Chir. Krkht. d. Rumpfes p. 614 und 615.
[2] Lehrb. d. Topograph. Chirurgie pp. 148, 150.
[3] Chirurgie II p. 227.
[4] l. c.

[1] Langenbecks Arch. f. kl. Chir. XXV, 1.
[2] Berl. klin. Wochenschr. 1881. № 8.
[3] Lehrb. d. Chirurgie 2 Aufl. II. p. 238.

deleben [1] es abbildet, nicht mit parallelen Branchen, wie es im König'schen Lehrbuch als Muster angegeben ist. Abgesehen davon, dass der Parallelismus eine bedeutende Zerrung der oft engen Fistel bedingen kann, könnte es leicht passiren, dass die durch die Wellenlinie der Innenflächen noch gar eine hakenförmige Spitze tragenden Branchen gleich von vorn herein zwei Löcher in den unverwachsenen Theil der Darmwände bohren und sofortige Perforationsperitonitis in Scene setzen, besonders da als Regel angenommen zu sein scheint gleich 6—7 Cm. von der Scheidewand einzuklemmen [2]. Bei Anwendung des scheerenförmigen Instruments dagegen wirkt der Druck von der Kante der Scheidewand anfangend und dringt allmählich zu den noch nicht verklebten mehr rückwärts liegenden Theilen derselben vor, zuerst Verwachsung, dann erst bei weiterem Zuschrauben Schritt vor Schritt Necrose bewirkend; 2) dadurch, dass das Instrument nicht gleich endgültig, sondern Anfangs in mehreren Absätzen nur auf kurze Zeit (2—3 Stunden) und nur von 2—3 Ctm. anfangend allmählich immer tiefer angelegt wird.

Bei Befolgung dieser Regeln wird der unter stärkeren Druck gesetzte Abschnitt stets schon durch Verbackung der Darmserosen gleichsam ausserhalb der Peritonealhöhle liegen und man erhält durch das mehrfache Anlegen grössere Chancen ein möglichst breites Stück der Scheidewand auszuschliessen, mithin die Aussicht auf Stenose zu verringern. Ich habe mir diese Regeln gestellt und sie befolgt und kann mit dem wirklich reactionslosen Verlaufe der Enterotomie und deren promptem Erfolge recht zufrieden sein.

Der Pat. ist von mir im Allg. Verein St. Petersburger Aerzte vorgestellt worden.

20. März 1881.

Rückblicke auf die Entwickelung der operativen Gynäkologie.

Von

Dr. O. v. Grünewaldt.

(Fortsetzung).

Die Behandlung der Dysmenorrhöe und Sterilität, die nach einer auch noch gegenwärtig weit verbreiteten aber zum wenigsten sehr anfechtbaren Anschauung auf mechanischer Enge des Cervicalcanales beruhend gedacht wurde, führte sehr bald zu verschiedenen Cervixoperationen, die alle den Zweck einer blutigen Erweiterung des stenotischen Canales hatten. J. Simpson in Edinburg hat mit seinem, dem Lithotom caché nachgebildeten, Hysterotom sehr vielfach discidirt, und dieses Instrument wurde von Greenhalgh sehr zweckmässig modificirt, indem er seinem Hysterotom zwei nach unten, zum Orific. uteri ext zu divergirend wirkende Klingen einsetzte. M. Sims endlich schuf seine mit Scheere und einem Messer mit kleiner, je nach Bedürfniss der Schneide oder der Fläche nach zum Stiel in beliebige Winkelstellung zu bringenden Klinge ausgeführte Methode der Discission, und erfand die gegenwärtig nur noch selten geübte sagittale Discission der hinteren Cervicalwand bei Stenose mit anteflektirtem Collum uteri. Er glaubte auf diese Weise einen geraderen und für das Sperma zum Eindringen in den Uterus bequemeren Weg zu schaffen. Die Mehrzahl der Gynäkologen ist wohl jetzt darüber einig, dass dieses Moment für die Heilung der Sterilität durchaus nicht die Bedeutung hat, welche ihm einst zugeschrieben wurde. Allen Discissionen klebt jedoch der Mangel an, dass die Beseitigung der Stenose durch sie nur eine zeitweilige ist, wenn nicht Schwangerschaft und Geburt für eine dauernde Erweiterung des Cervicalkanales sorgt. Falls keine Geburt eintritt, erfolgt unausbleiblich nach einiger Zeit wiederum eine Verengerung, wenn nicht durch Vernähung der ausgiebig gemachten Schnittränder der nur zu leicht wieder eintretenden Verwachsung der Schnitte vorgebeugt wird.

Ich zweifle daran, dass es Stenosen des Cervicalkanales giebt, die nicht auf einer vorausgegangenen entzündlichen Ernährungsstörung der Mucosa oder des Parenchyms des Cervix beruhen, und sehe den ersten therapeutischen Effekt jedes discidirenden Eingriffes darin, dass eine Restitution normaler Nutritionszustände der Gewebe ermöglicht wird. Die zuweilen dabei erreichte Beseitigung der Sterilität ist sozusagen eine indirecte Errungenschaft, welche erst auf dem Boden der normal gewordenen Gewebsernährung erwachsen kann. Die Discission bildet jedenfalls ein wichtiges Heilmittel verschiedener Formen der chronischen Metritis und ihrer Folgezustände.

Es ist verständlich, dass je nach der Form der Missbildung der Portio vaginalis dem Operateur ein weites Feld verschiedener Combinationen offen steht, nach denen er seinen Zweck erreichen kann: discindirende Amputation, Abtragung keilförmiger Substanzstücke über den seitlichen Commissuren der Muttermundslippen, mit nachfolgender Trennung der Commissuren und Vernähung, die kegelmantelförmige Resection von Cervixsubstanz mit Schonung der intra- und extracervikalen Mucosa und nachheriger Vernähung der nachgebliebenen Schleimhautränder. Fast für jeden einzelnen Fall lassen sich je nach der Auffassung des Operateurs und nach dem zunächst angestrebten Zweck verschieden geartete Schnittführung und Nahtanlegung ausdenken.

Die Lageveränderungen des Uterus bieten dem operativen Einschreiten ein weites und oft sehr dankbares Feld; am dankbarsten in dieser Beziehung sind unstreitig die Vorfälle sowohl des Uterus als auch der Scheide. Wenn auch in diesen Fällen häufig durch Pessarien für lange Zeit bedeutender palliativer Nutzen geschafft werden kann, so gewinnt doch die Ueberzeugung täglich mehr Boden, dass ein radikales Verfahren vor jedem anderen ceteris paribus vorzuziehen ist, und das um so mehr, als die betreffenden Operationen, gut und sorgsam ausgeführt, nur ausnahmsweise den gewünschten Erfolg nicht haben. Es ist auch in Folge dieser Ueberzeugung das überreich besetzte Arsenal der früher gebräuchlichen Pessarien fast ganz in die Domäne der Geschichte übergegangen, und finden bei messerscheuen Kranken nur einzelne Formen derselben noch Anwendung; namentlich bewähren sich als sehr brauchbar die von B. Schultze angegebenen biegsamen Draht-Gummiringe.

Die Operation der Prolapse, die von Mende als Hymenorhaphie und von Fricke als Kolporhaphie zuerst ausgeführt wurde, in einer durchaus nicht genügenden Form, hat besonders durch den verstorbenen Simon, dann durch Hegar, Bichof, Hildebrand, Winckel, Freund u. A. sehr wesentliche Verbesserungen erfahren, so dass gegenwärtig auch die schwersten Fälle kaum mehr als unheilbar bezeichnet werden dürfen. Eine richtige Würdigung der anatomischen Verhältnisse, die Erkenntniss, dass nicht bloss das Perinäum sondern auch die Vagina als Stütze für den Uterus zu dienen hat, entwickelte die gegenwärtig geübten Methoden der Kolpoperinäoplastik in ihren verschiedenen Formen der Auffrischung und der Nahtanlegung, welche sich, je nach dem Falle, ebensowohl auf die hintere wie auch auf die vordere Vaginalwand beziehen.

Es kommt darauf an einmal, wo der Uterus in der von Huguier beschriebenen Form der Elongation das Collum durch seine Schwere die ihn stützen sollende Kraft der

[1] Lehrb. d. Chirurgie III. Bd. p. 848.
[2] König l. c. p. 237.

Vaginalwände und des Dammes illusorisch macht, durch Amputation der verlängerten Portio sein Gewicht zu vermindern; in manchen Fällen genügt diese Operation zur Heilung des Vorfalles. Dann aber, wo die Umstände anders liegen, und wo die Dislocation nur bedingt ist durch die oft colossale Erweiterung und Erschlaffung der Vaginalwände, diese durch eine plastische Operation in einen soliden, derben Stützapparat umzuwandeln. Eine breite, hoch bis über das untere Drittheil der Vagina hinaufreichende Wundmachung der Vulva und Vaginalwände mit Anlegung einer oft grossen Zahl von Nähten führt wohl immer zur radikalen Heilung..

Es ist Ihnen bekannt, dass unter den verschiedenen Methoden der Nahtanlegung die unseres verstorbenen Collegen Heppner, die sogen. Achternaht, bedeutende Vorzüge besitzt, und dass sie ausgezeichnet ist durch die genaue Vereinigung der Wundflächen, wie durch die Bequemlichkeit, mit der sie nach gethanem Dienst wieder entfernt werden kann. Diesen Vortheil weiss jeder gebührend zu schätzen, der mit der mühevollen Entfernung hoch in einer verengten Scheide liegender Nähte vertraut ist.

Die Inversio uteri, die schon längere Zeit bestanden hat und irreponibel geworden ist, wurde von jeher operativ behandelt, und zwar meist mit Massenligatur, die behufs allmählicher Abschnürung der invertirten Partieen längere Zeit liegen blieb, — ein Verfahren, das viele Gefahren involvirt. Der Ecraseur und die Glühschlinge sind zu dem Zweck gebraucht worden, — aber allen diesen Methoden hängt der Mangel an, dass durch sie die Peritonealhöhle geöffnet wird, wenn nicht im Inversionstrichter Verwachsungen der eingestülpten Wandungen sich ausgebildet haben. Die Eröffnung der Peritonealhöhle lässt sich nun sicher vermeiden, wenn man nach Hegar's Rath vor der blutigen Abtragung Drahtnähte oberhalb der projectirten Schnittfläche durchzieht, welche nach gemachtem Schnitt sowohl die Blutung bemeistern als auch den erzielten Abschluss der Bauchhöhle bewerkstelligen. Da wir schon verschiedene Methoden zu theilweiser und vollkommener Exstirpation des Uterus üben, so wird die Abtragung des invertirten Uteruskörpers entschieden ein weniger gefährlicher Eingriff sein, als z. B. die supravaginale Amputation desselben mit Laparotomie, welche nicht mehr selten und recht häufig mit günstigem Erfolge geübt wird. Ist dieselbe doch von P. Müller in mehreren Fällen geübt worden, um die betr. Kranken von einem hochgradigen und grosse Beschwerden verursachenden Prolaps zu heilen.

Ich halte es für sehr wahrscheinlich, dass die Operationen behufs Heilung von Lageveränderungen des Uterus noch mannigfache Erweiterungen erfahren werden, obschon bisher die dahingehenden Vorschläge nur selten oder gar keine praktische Ausführung erfahren haben. So ist meines Wissens die von Freund gegebene Idee, die Retroversio und Retroflexio uteri zu heilen durch Blosslegung, Anfrischung und Vernähung der Ligamenta rotunda in der Weise, dass durch Verkürzung derselben der retroflectirte Uterus in normale Lage gebracht wird, practisch noch von Niemand ausgeführt worden. Behufs Heilung der Anteflexio macht Sims eine plastische Operation: er verkürzt die vordere Vaginalwand, indem er dicht vor dem Orif. uteri an der vorderen Fläche des Cervix ein halbmondförmiges $^1/_2$ zollbreites Stück Schleimhaut abträgt, und ein ebensolches $1^1/_2$ Zoll weiter abwärts aus der Vaginalschleimhaut.

Diese Flächen vereinigte er durch die Naht, und schafft dadurch eine Fixation der Portio nach vorne zu. Der Uterus wird auf solche Weise in eine Stellung gebracht, in der seine Achse eine gerade Richtung haben muss. In wie weit diese Operation den gewünschten Erfolg gehabt hat, ist nicht bekannt geworden. Simon hat in Deutschland auf ähnliche Weise in einzelnen Fällen die Anteflexio uteri zu heilen versucht. Bis jetzt hat diese Methode keine Nachahmer gefunden, — vielleicht weil die Deviationen des Uterus an sich selten hochgradige Beschwerden erregen, — und wo sie mit solchen einhergehen, meist Complicationen anderer Art vorliegen, denen gegenüber die Deviation mehr weniger irrelevant ist.

Die häufigsten Indikationen zu chirurgischem Einschreiten geben die im Bereiche der weiblichen Sexualsphäre so sehr häufig auftretenden Neubildungen; die einschlägigen Operationen haben sehr viel günstigere Erfolge gegeben, seitdem die Erkenntniss allgemein wurde, dass das Peritonäum die bedeutendsten Eingriffe verträgt, insofern dieselben ohne Importation septischer Stoffe ausgeführt werden. Sims war der Erste, der den Nachweis führte, dass die grosse Mehrzahl der Kranken, die nach Laparotomien zu Grunde gehen, an septischer Peritonitis starben. So war denn der nächste und erfolgreiche Schritt zur Verminderung der Mortalität dahin gerichtet, die septische Infection zu verhüten.

Wegener wies nach, dass die Resorptionsfähigkeit des Peritonäum eine ganz colossale ist; wenn nun die ganze Masse von Flüssigkeit, die sich nach der Laparotomie in der Bauchhöhle bildet, in unglaublich kurzer Zeit resorbirt wird, bevor sie Zeit gehabt hat sich zu zersetzen, und wenn dafür Sorge getragen wird, dass keine Fäulnisserreger bei der Operation in die Peritonealhöhle kommen, so ist begreiflicher Weise die grösste Gefahr dieses Eingriffes auf ein geringes Maass reducirt. Bei einer jeden Exstirpation von Neubildungen, auch wenn bei ihr die Bauchhöhle nicht eröffnet wird, ist der Ort, von wo aus eventuell lebensgefährliche Erkrankungen ihren Ausgangspunkt nehmen zunächst das zu Phlegmone prädisponirte Beckenzellgewebe und das mit ihm durch die Lymphbahnen direct im Zusammenhange stehende Bauchfell. Wie bei den Chirurgen ist demnach auch bei den Gynäkologen die Ueberzeugung zur Herrschaft gekommen, bei jedem Eingriffe in der Nachbarschaft dieser Gewebe antiseptisch zu verfahren; im Angesicht der bedeutenden Erfolge, die bei Ausrottung von Neubildungen auf dem gefährlichen Boden der Beckenorgane gewonnen worden sind, muss man anerkennen, dass hier der Grundsatz «Principiis obsta» eine glänzende Rechtfertigung erfahren hat. Die sogen. gutartigen Neubildungen am Uterus, die Myome, Fibromyome, Fibrome unterliegen alle einer operativen Therapie, insoweit eine solche überhaupt möglich ist, und das Gebiet des Möglichen in dieser Beziehung hat eine ungeahnte Erweiterung gefunden. Wenn noch vor einigen Decennien von Autoritäten im Fache die Excision am Fundus uteri wurzelnder Polypen für einen zu gewagten Eingriff erklärt wurde, so hat die operative Technik auch in Betreff der schwierigeren Polypenoperationen doch soweit Fortschritte gemacht, dass sich Niemand mehr scheut einen jeden Polypen zu entfernen. Der Gebrauch der Glühschlinge und des Drahtecraseurs zu diesem Zwecke gestattet es ja relativ leicht und gefahrlos an den Fuss solcher Neubildungen zu gelangen, wenn derselbe auch noch so hoch oben in dem Cavum uteri wurzelt; das sogen. élongement durch seitliche tiefe Scheerenschnitte in den Körper der Geschwulst, wie Simon es zuerst übte, wird kaum mehr erforderlich sein gegenüber den so viel bequemer sich handhabenden und rasch wirkenden Schnürapparaten. Dass die früher oft gebrauchte Ligatur ganz von der Tagesordnung abgesetzt ist, versteht sich ganz von selbst. Die vor der Ausschneidung der Polypen geübte blutige und ausgiebig gemachte Erweiterung des Muttermundes erleichtert wesentlich die Anlegung eines jeden behufs Exstirpation des Polypen zu brauchenden Instrumentes; dabei ist stets Rechnung dem zu tragen, in wie weit die frisch anzulegende Incisionswunde Gefahr läuft durch etwa schon vorhandene Secrete aus dem Uterus, resp. von zerfallender Geschwulst oberflächlich inficirt zu werden. Aber auch die breit aufsitzenden rein hyperplastischen Neubildungen können und werden mit günstigem Erfolge durch Spaltung der Kapsel und Herausschälen des Tumor aus demselben, — durch die sogen. Enucleation entfernt. Das von Baker Brown und R. Savage empfohlene Verfahren, diese Geschwülste durch

Spaltung der Kapsel und Injection von Jodtinktur zur Vereiterung und Schrumpfung zu bringen, kann sich in Sicherheit des Erfolges natürlich nicht mit der Enucleation messen, tritt demnach dieser gegenüber mehr und mehr in den Hintergrund. Wo wegen zu bedeutender Grösse dieser Tumoren und wegen ihres interstitiellen oder subserösen Sitzes eine Enucleation nicht mehr ausführbar ist, wird in sehr vielen Fällen die supravaginale Amputation des ganzen Uterus mit Laparotomie eine ganz gerechtfertigte Indication finden. Diese Operation hat bedeutend eingebüsst an dem Schrecken, den sie sonst wohl einflösste, seit einzelne Operateure, wie Hegar z. B., eine ganze Reihe von 9 solcher Laparotomien mit Hysterotomie ausführten, ohne einen einzigen Todesfall. Wo das Leben der Kranken in Folge einer solchen Geschwulst und der von dieser bedingten Blutungen in Gefahr schwebt, und die Hysterotomia supravaginalis einen zu bedeutenden Eingriff erfordern würde, bleibt immer noch der weniger eingreifende der Exstirpation der Ovarien (der Castration) behufs der Etablirung eines vorzeitigen Climax, wie sie von Hegar, Peaslee, Battey u. A. etwa gleichzeitig in Vorschlag gebracht und geübt wurde. Diese Operation hat auf die Sistirung der Blutungen häufig einen eminent sicheren Erfolg. Rechnen wir zu diesen verschiedenen Heilmethoden noch die Hildebrand'sche, die freilich sensu strictiore kaum mehr chirurgisch genannt werden kann, der systematisch fortgebrauchten subcutanen Ergotininjectionen, so können wir gegen ein schweres und hartnäckiges, früher für absolut unheilbar gehaltenes Leiden eine ganze Anzahl recht wirksamer chirurgischer Verfahrungsweisen in das Feld führen, denen gegenüber das medicinisch therapeutische Handeln als vollständig unwirksam sich charakterisirt.

(Schluss folgt).

Referate.

L. Berg (Charkow): Ueber Diphtheritis. (Wratsch № 49 und 51 — 1880).

Da bisher relativ wenig Arbeiten über die Diphtheritisepidemie im Süden Russlands erschienen, so hat auch eine kleinere Zahl von Beobachtungen Werth, besonders da sie am Charkower Kinderhospital genauer hat angestellt werden können.

Vf. verfügt über 192 Fälle, die theils in der Ambulanz, theils stationär behandelt worden sind. Die Epidemie begann Ende 1878 und dauerte 1879 fort. Interessant ist die Beobachtung, dass nach starkem Temperaturwechsel die Krankenzahl jedes Mal zunahm. Die Infection fand gewöhnlich durch directen Contact statt, ein Mal jedoch wurde die Krankheit durch eine dritte Person übertragen, die selbst gesund blieb. 41% der stationären Patienten starben; diese hohe Zahl erklärt sich dadurch, dass viele schon in einem hoffnungslosen Zustande eintraten. Die meisten Kinder standen im Alter von 2—8 Jahren, je älter sie waren, desto geringer war der Procentsatz der Mortalität.

Klinisch theilt Vf. die Fälle in leichte und schwere.

1) *Leichte Form.* Heilung tritt in 4—6 Tagen ein, die Temperatur steigt nicht über 39,5. Der Belag breitet sich gleichmässig nach allen Seiten aus, die Heilung schreitet von der Peripherie zum Centrum fort. Die Farbe des Belages ist gelblichweiss, derselbe lässt sich leicht abnehmen, ist geruchlos. Die Maxillardrüsen sind stets geschwellt.

2) *Schwere Form.* Die Temperatur bis 39,8. Der Belag meist doppelseitig, missfarbig, von üblem Geruch, pflanzt sich auf den Kehlkopf fort und nach 5—7 Tagen tritt in der Mehrzahl der Fälle Tod durch Herzparalyse ein. Der Uebergang auf den Kehlkopf wird oft dadurch bedingt, dass die Uvula sich durch Schwellung verlängert und durch Contact mit der Zungenwurzel und Epiglottis den Process fortpflanzt. In 2 Fällen sah Vf. Hämorrhagien in der Haut und in einem Falle Hautemphysem am Halse.

Die *Therapie* bestand vorzugsweise in Pinseln mit einer 10—15 pCtigen Eisenchloridlösung (in Glycerin) und Gurgeln mit 5 pCtiger Lösung von Kali chloricum, doch wurden auch andere Mittel erprobt, so in 3 Fällen Natron benzoicum, jedoch ohne Erfolg. Pilocarpin wurde noch nicht angewandt. P.

Prof. Weil: Zur Lehre von der Mitralklappeninsufficienz. (Berl. kl. W. № 7).

In den meisten Hand- und Lehrbüchern findet man im Capitel der Herzkrankheiten die «Lehre von der Compensation» bei Klappenfehlern auf das «Gesetz der Retrodilatation» und consecutiven Hypertrophie der oberhalb des Fehlers gelegenen Herzabschnitte begründet. Hienach wird für Mitralinsufficienz Dilatation und Hypertrophie des linken Vorhofs und demnächst des rechten Ventrikels verlangt. Die Thatsache, dass bei reiner Mitralinsufficienz oft auch excentrische Hypertrophie des linken Ventrikels constatirt wird, ist zwar von Vielen anerkannt, jedoch nicht in ihrer ganzen Bedeutung gewürdigt.

Weil hält mit Waldenburg *die excentrische Hypertrophie des linken Ventrikels für eine nothwendige Bedingung erfolgreicher Compensation der Mitralinsufficienz*, — ohne dieselbe ist Dilatation und Hypertrophie des linken Vorhofs und rechten Ventrikels zur Compensation des Fehlers unzureichend. W.'s Argumentation ist einfach und klar: Die Compensation der Mitralinsufficienz ist nur dann erreicht, wenn bei jeder Systole trotz der Regurgitation eines Theils des Ventrikelinhalts in den Vorhof, eine gleich grosse Blutmenge in den grossen Kreislauf gelangt, wie bei schliessender Klappe, — folglich muss der Ventrikel um so viel mehr Blut fassen, als bei jeder Systole regurgitirt, er muss also erweitert sein und da seine Arbeit eine grössere, wird er gewöhnlich auch hypertrophisch. Die klinische Diagnose der excentrischen Hypertrophie des linken Ventrikels stützt sich nur auf den Spitzenstoss und die Percussion; Verstärkung des 2. Aortentons kann fehlen, denn sie ist nur der Ausdruck eines erhöhten Drucks im Aortensystem. Ein weiteres Postulat der Compensation ist selbstverständlich Dilatation und Hypertrophie des linken Vorhofs und endlich *Hypertrophie des rechten Ventrikels*, doch kann letztere ohne Erweiterung desselben zu Stande kommen. Dem entsprechend hat W. in den Fällen *reiner Mitralinsufficienz* stets excentrische Hypertrophie des linken Vorhofs gefunden und eine Vergrösserung des rechten Herzens ausserordentlich häufig *vermisst*, — immer ist Verstärkung des 2. Pulmonaltones als Ausdruck der Drucksteigerung im kleinen Kreislauf vorhanden. Das systolische Geräusch an der Spitze ist allein für sich wenig beweisend. Excentrische Hypertrophie des linken Ventrikels bei normalem Arterienpulse lässt bisweilen schon vor der Auscultation die Mitralinsufficienz vermuthen. Gesellt sich zur Insufficienz eine Stenose des Ostium, so kann die Vergrösserung des linken Ventrikels rückgängig werden und ganz schwinden; denn die Stenose vermindert die Menge des in der Diastole einströmenden Blutes. Zur Beurtheilung der Combination von Insufficienz mit Stenose ist die Kenntniss dieser Verhältnisse um so wichtiger, als das diastolische resp. praesystolische Geräusch trotz bedeutender Stenose fehlen kann. Wenn bei hochgradiger Stenose dennoch excentrische Hypertrophie des linken Ventrikels auf dem Sectionstisch gefunden wird, so ist anzunehmen, dass in diesen Fällen die Hypertrophie aus älterer Zeit datirt, aus der Zeit, wo die Insufficienz der Klappe prävalirte.

—o—

N. Iljinsky (Tiflis): Material zum Studium des Hospitalkwass. (Wratsch №№ 6 u. 7.)

Dieses alte Volksgetränk, der Kwass, gehört zu den obligatorischen Getränken in den Militärhospitälern Russlands und zwar wird bei der sogen. I. Portion $^{1}/_{10}$ Wedro (fast 1 Liter) verabreicht. Vf. erhielt von seinem Oberarzt den Auftrag, den Kwass einer genaueren Untersuchung zu unterziehen und hat 5 Monate lang die Bereitung überwacht und das Getränk untersucht, indem er täglich Analysen über den Gehalt an Säuren, Alcohol und Extractivstoffen anstellte. Auf 80 Eimer wurden verbraucht:

Gerstenmalz	4 Tschetwerik
Roggenmalz	4—10 Pfund
Roggenmehl	60 ,,
Hefen	$^{3}/_{4}$ Krug
Pfeffermünz	5 Pfund
Weizenmehl	2 ,,

Das specifische Gewicht stellte sich bei der Herstellung unter Aufsicht auf 1012—1021 während es früher nur 1004—6 betrug und Dr. Georgievski für Kwass im Allgemeinen ein spec. Gew. von 1006—7 angiebt. Es ergiebt sich somit, dass im Allgemeinen 70% der officiell bestimmten Quantitäten aus öcomomischen Rücksichten nicht zur Herstellung des Getränkes verbraucht wurden.

Die Analyse ergiebt, dass der Kwass eine Reihe für die Ernährung werthvoller Bestandtheile enthält, so *Milchsäure* (2—5%), die nach Preyer auf das Nervensystem einschläfernd wirkt, *Essigsäure*, die durststillend ist, ferner *Kohlensäure* und *Alcohol*, die Beide den Stoffwechsel herabsetzen und dadurch eine gewisse Temperaturerniedrigung bewirken.

Die in den Militärhospitälern verabreichte Tagesration an Kwass enthält:

Albuminate	5,5 Grm.
Kohlehydrate	33,0 ,,

Somit lässt sich der Werth des Kwass dahin zusammenfassen, dass er den Appetit anregt, auf's Nervensystem und den Stoffwechsel wirkt und in gewissem Grade nahrhaft ist.

Wenn man den Kwass nach dem Kochen, ähnlich wie das Bier, schnell abkühlt, erhält man ein dem Schwarzbier ähnliches Getränk, nur von grösserem Nährwerth. P.

Carl Langenbuch: Lithotomie und Antiseptik. (Arch. f. klin. Chirurg. Bd. XXVI.. Hft. 1).

Verf. ist ein fast fanatischer Vertheidiger der Sectio alta gegenüber jeder anderen Methode zur Entfernung von Blasensteinen. Ob

seine Anschauungen sich nur auf theoretisches Raisonnement oder auch auf eigene practische Erfahrungen stützen, ist aus dem Aufsatz nicht ersichtlich. Wir übergehen daher des Verfassers Erörterungen über Unzulässigkeit der Sectio perinealis und Lobpreisungen der Sectio alta und referiren kurz einen Operationsplan, den Verf. sich erdacht hat zur Entfernung monströs grosser Blasensteine. Nachdem die Blase mit Wasser gefüllt ist und in den Kolpeurynter, der im Rectum liegt, ebenfalls 4—600 Grm. Wasser injicirt sind (conf. St. Petersburg. med. Wochenschrift № 5. Petersen: Ueber Sectio alta) wird längs dem oberen Rande der Symphyse rechtwinklig zur Mittellinie des Körpers ein horizontaler Schnitt gemacht, von 8—10 Ctm. Länge. Es werden die Weichtheile vom vorderen Beckenrande aus bis auf die Blase abgelöst und die vordere Blasenwand sowie die paravesicale Bauchfellfalte frei gelegt. Letztere wird in der Ausdehnung des Hautschnittes gespalten. Darauf wird die vordere Bauchwand an den Enden des ersten Hautschnittes noch durch je zwei 2—3 Ctm. lange Schnitte nach oben gespalten, so dass die Bauchwand durch einen flach Uförmigen Schnitt durchtrennt ist. Der Bauchwandlappen lässt sich nun nach innen hinter den Scheitelpunkt der Blase zurückzwängen und dort an der Blase durch Nähte befestigen, die nicht durch die ganze Dicke der Blase dringen. So könnte sich ein neuer, einige Centimeter nach oben verschobener Bauchfellverschluss in 5—8 Tagen wiederherstellen, der weniger als der normale, weil weiter nach hinten gelegen, bei Extraction colossaler Steine der Verletzung ausgesetzt ist. Die weitere Behandlung wäre dieselbe wie bei gewöhnlicher Sectio alta. T.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Ewald Hecker: Ueber das Verhältniss zwischen Nerven- und Geisteskrankheiten mit besonderer Berücksichtigung ihrer Behandlung in getrennten Anstalten. (Kassel. 1881).

Unter obigem Titel ist soeben ein Büchlein erschienen, das wohl der Beachtung unter den Fachcollegen werth ist. Der Verfasser, durch mancherlei Publikationen auf psychiatrischem Gebiete schon bekannt, hat in dieser Arbeit die schon mehrfach ventilirte Frage der s. g. «offenen Curanstalten» wieder einmal zur Sprache gebracht. Er hat sie nach Ansicht des Referenten in überzeugender Weise behandelt und gelöst. Er hat darin namentlich ein richtiges Gefühl gehabt, dass er den nur zu Missdeutungen Veranlassung gebenden Namen der «offenen Curanstalten für Gemüths- und Nervenkranke» ganz vermieden hat. Er geht in seiner Abhandlung von dem Griesinger'schen Gedanken des organischen Zusammenhanges der Nerven- und Geisteskrankheiten aus und kommt auf diesem Wege zu dem Schluss, dass auch in therapeutischer Beziehung dieselben nicht unter allen Umständen streng von einander zu scheiden seien, d. h. dass also ein grosser Theil von der Gesammtheit dieser Erkrankungsformen in gemeinsamen Anstalten zur Behandlung kommen sollte, dass aber endlich zu diesem Zwecke die bestehenden Irrenanstalten nicht geeignet seien. Auf diesem Wege und nach den in diesem Sinne durchgeführten Erörterungen ergiebt sich die Nothwendigkeit der «Curanstalten für Nervenleidende» wie von selbst, ohne dass sich dadurch ein oppositionelles Verhältniss zu den «Irrenanstalten» herausstellt, wie es anscheinend bisher von einem Theile der Psychiater bei Behandlung dieser Frage aufgefasst worden zu sein scheint.

Der Gedankengang des Verfassers ist in Kürze der folgende: Zunächst weist er darauf hin, dass die Nervenkrankheiten im weitesten Sinne ohne Zweifel unserer Zeit eigenthümlich sind. Dann kommt er auf das Verhältniss der Neuropathologie zur Psychiatrie und schildert in anziehender Weise, wie die letztere ursprünglich sich ganz abgezweigt habe von der medicinischen Wissenschaft überhaupt und wie ein Stiefkind derselben ausschliesslich in die Pflege der Naturphilosophie und des Mysticismus gerathen sei, wie aber dann hauptsächlich durch Griesinger's Verdienste die Psychiatrie wieder zu ihrer richtigen Stellung gelangt sei als ein Zweig des grossen Baumes der medicinischen Wissenschaft und zwar gerade dadurch, dass man die Geisteskrankheiten als Gehirnkrankheiten anerkannte. Diese organische Zusammengehörigkeit der Neurosen und Psychosen beweist der Verfasser dann weiter durch die Gesetze der gegenseitigen Vererbung dieser beiden Gruppen und durch das Factum, dass sich nervöse Symptome von mannigfaltigster Form und Bedeutung wohl bei allen ausgeprägten Geisteskrankheiten beobachten lassen, ebenso wie mit einer grossen Zahl von Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten Alterationen der psychischen Thätigkeit verknüpft sind. Da nun die Behandlung der Geisteskranken in erspriesslicher Weise meist nur in Anstalten, die speciell für ihre Bedürfnisse eingerichtet sind, d. h. also in Irrenanstalten möglich ist, so ergiebt sich von selbst die Frage, ob nicht die Nervenkranken im engeren Sinne zweckmässig in denselben Anstalten behandelt werden könnten. Bei Erörterung dieser Frage kommt der Verfasser zu dem Schluss dieselbe entschieden verneinen zu müssen. Nachdem er das eingehend motivirt hat, erläutert er weiter die Nothwendigkeit dessen, dass Nervenkranke im engeren Sinne ebenso wie die Geisteskranken in vielen Fällen nur in Specialanstalten gehören. In diesem Punkte kann der Referent mit besonderer Genugthuung constatiren, dass von dem Verfasser ganz dieselben Anschauungen vertreten werden, wie sie von ihm in einer Brochüre über die Bedeutung der Behandlung von Nervenkranken in besonderen Anstalten schon öffentlich ausgesprochen worden sind und dass der Verfasser diese Anschauungen namentlich in Bezug auf die Feststellung derjenigen Krankheitsgruppen, die bedingt und die unbedingt in solche Anstalten gehören, auch anerkennend citirt. Hecker geht nun weiter zu der Feststellung derjenigen Formen von psychischer Störung, die in die von ihm befürworteten Anstalten passen. Unbedingt sollen die Patienten von der Aufnahme ausgeschlossen sein, welche im Sinne der volksthümlichen Auffassung geisteskrank erscheinen. Es soll ferner das Erhaltensein des Krankheitsbewusstseins d. h. also der freiwillige Eintritt in die Anstalt, eine nothwendige Bedingung sein. In Bezug auf die einzelnen Krankheitsformen bespricht er dann zunächst die Prodromalstadien der Geisteskrankheiten, ganz besonders bei hereditär belasteten Individuen, bei denen der zeitweilige Aufenthalt in einer solchen Anstalt gewiss denselben prophylactischen Nutzen haben könnte, wie er bei jungen den erblichen Keim der Schwindsucht in sich tragenden Leuten anerkannter Weise so oft in Falkenstein oder Görbersdorf erreicht wird.

So sehr also Hecker die Prodromalzustände von Psychosen für geeignet hält zur Aufnahme in die Anstalten für Nervenleidende, so warnt er andererseits vor der Aufnahme der Melancholien, die so oft das erste Stadium einer Geistesstörung darstellen, und zwar, weil man bei der Melancholie nie sicher vor Selbstmordsucht sein könne und wo nur irgend an die Möglichkeit einer solchen zu denken sei, die Kranken durchaus von diesen Anstalten auszuschliessen seien und ferner weil es sich meist schwer entscheiden lasse, ob es sich bei einer Melancholie nur um das Initialstadium einer weiter fortschreitenden Psychose oder um eine selbständige Dysthymie handele. Diese letztere, für die das Krankheitsbewusstsein und das Freisein von jeder Wahnidee charakteristisch ist, hält er freilich, übereinstimmend mit Tiling, für durchaus geeignet zur Aufnahme. Dann bezeichnet er den von Seeligmüller als Neurasthenia cerebralis, von Runge als Kopfdruck beschriebenen Zustand und die von Westphal und Cordes in die Neuropathologie eingeführte Agoraphobie als besonders geeignete Behandlungsobjecte für die Anstalten für Nervenleidende. Wenn diese letzteren so recht eigentlich auf der Grenze der Neurosen und Psychosen stehend, gerade dadurch einen Beweis für die Undurchführbarkeit einer Trennung der ersteren von den letzteren liefern, so sind andererseits die Zustände von «Zwangsvorstellungen», unzweifelhafte Psychosen, doch auch nur geeignet für die hier in Rede stehenden Anstalten. Auch Westphal hält die Aufnahme dieser Kranken in Irrenanstalten nicht für rathsam.

Endlich hebt der Verfasser noch mit Recht die Bedeutung der Curanstalten für Nervenleidende in weiterem Sinne hervor in Bezug auf solche Reconvalescenten von Psychosen, die man aus der Irrenanstalt entlassen und doch noch nicht gleich in's Leben zurückführen möchte.

Wenn der vorstehend kurz skizzirte Inhalt dieses Büchleins wohl geeignet erscheint das Interesse des ärztlichen Publicums zu erregen, so können wir es um so mehr mit Freuden begrüssen, dass der Verfasser desselben in nächster Zukunft auch Gelegenheit haben wird seine Anschauungen praktisch zu bethätigen. Dr. Hecker steht eben im Begriff eine Curanstalt für Nervenleidende in Johannisberg bei Geisenheim im Rheingau zu eröffnen. Wir wünschen dem Unternehmen das beste Gedeihen!

Holst (Riga).

Mittheilungen aus der Ophthalmiatrischen Klinik in Tübingen. Herausgegeben von Prof. Nagel. 1. u. 2. Heft. Laupp'sche Buchhandlung 1880.

Mit dem ersten Hefte genannter Mittheilungen eröffnet Prof. Nagel eine Reihe von, der Tübinger Klinik entwachsenen Arbeiten und gedenkt auf diese Weise an der Hand statistischer Zusammenstellungen einen Ueberblick zu geben über die therapeutischen Grundsätze, welche in der Tübinger Klinik befolgt werden, und über die daselbst zur Anwendung kommenden Operationsmethoden und deren Resultate zu berichten. Das erste Heft enthält 13 grössere und kleinere Arbeiten, von denen wohl die meisten speciell ophthalmologisches Interesse darbieten. Vier dieser Arbeiten sind der Feder Prof. Nagel's selbst entsprungen und behandeln ausschliesslich optisch-mathematische Themata. Fünf Arbeiten stammen vom ersten Assistenten der Klinik Dr. Schleich, dieses sind: 1) Angeborene Colobome der Lider, 2) Ophthalmoscopische Beobachtung cilioretinaler Blutgefässe, 3) Die Absorptionsspectren kobaltblauer Gläser, 4) Rasche Heilung einer Amaurose mit weisser Verfärbung der Sehnerven und 5) Primäres partielles melanotisches Endothelialsarcom des Ciliarkörpers. Weiter hin enthält das Heft eine kleine Mittheilung von Dr. Schliephake über die Einwirkung des Muscarin's auf das menschliche Auge, (es wirkt in ausgesprochenem Grade auf den Ciliarmuskel derartig, dass derselbe in krampfartige Contraction versetzt wird, in zweiter Linie ruft es auch Verengerung der Pupille hervor), eine Arbeit von Dr. Bisinger «Untersuchungen über die Beziehungen zwischen Accomodation und Con-

vergenz der Blicklinien, eine Arbeit von Dr. Schlegel über das Eserin als Heilmittel gegen Glaucom und schliesslich eine Arbeit von Dr. Rembold «Ein Fall von Chloroformintoxication per Stomachum nebst Bemerkungen über das Verhalten der Pupille in der Chloroformnarcose». Da die zuletzt angeführte Arbeit ganz allgemein ärztliches Interesse beansprucht, so soll hier etwas genauer auf dieselbe eingegangen werden. Verfasser hat ein Kind beobachtet, das 1½—2 Esslöffel eines Liniments von Chloroform und Bilsenöl geschluckt hatte. Gleich darauf trat Erbrechen auf und klagte Patientin über Brennen im Munde. 5 Minuten später war das Kind laut- und bewusstlos umgefallen. Als R. das Kind sah, war es todtenbleich, cyanotisch, Respiration regelmässig aber oberflächlich, Puls 50—60 in der Minute, unregelmässig. Beide Bulbi nach aussen oben gedreht, Pupillen eng, auf keinerlei Reiz reagirend. Sensibilität vollkommen aufgehoben, mit einem Wort Patientin bot das Bild der reinen Chloroformnarcose mit drohender Asphyxie. Von Hyoscyaminwirkung keine Spur. Nachdem durch spontanes und durch Apomorphin erzeugtes Erbrechen der Magen von noch etwa in demselben sich findendem Chloroform befreit war, und die Respiration tiefer, der Puls regelmässiger geworden war, machte sich R. an die Beobachtung der Pupillen. Die Narcose war noch immer eine sehr tiefe. Beim Oeffnen der Lider sind die Bulbi nach aussen oben gerollt, die Pupillen eng, im Augenblick des Lichteinfalls verengern sie sich noch mehr. Wurde das Kind angerufen, so rollten die Bulbi nach unten innen, die Pupillen erweiterten sich auf 4—5 Mm. Durchmesser, um bald wieder in den früheren Zustand der Contraction überzugehen, gleichzeitig drehten sich die Bulbi wieder nach oben aussen. Während dieser Bewegungsvorgänge der Augen zeigte das Kind keine Spur von Bewusstsein. Genau dieselben Erscheinungen traten ein bei Application oberflächlicher Nadelstiche, bei Bespritzen des Gesichtes, der Brust etc. mit kaltem Wasser. Auf tiefe Nadelstiche reagirte das Kind mit Schreien und Abwehrbewegungen, die Bulbi traten sofort herab, die Pupillen erweiterten sich jetzt schneller und bedeutender als zuvor. Ebenso schnell wurden die Extremitäten wieder schlaff, die Bulbi drehten sich wieder nach oben aussen und nach 5—8 Secunden waren auch die Pupillen wieder im Zustande der Contraction. Während des Erbrechens erweiterten sich die Pupillen gleich zu Beginn der ersten Würgbewegung und blieben während des ganzen Brechactes weit, um mit dessen Aufhören wieder eng zu werden. Gleichzeitig wurden auch die Bulbi im Brechact nach unten gerollt. 2 Stunden nach stattgefundener Intoxication befand sich das Kind wieder vollkommen wohl. Die hier beobachteten Pupillenphänomene stimmen genau mit den von Rählmann und Witkowski für den Schlaf festgestellten überein. Die Reaction der den Ruhezustand darstellenden *engen* Pupille auf Licht erklärt Verf. auch für die Chloroformwirkung als physiologisch und *praktisch* sehr wichtig. Auf Grund der an dem oben mitgetheilten Falle gemachten Beobachtungen spricht R. die Ansicht aus, es sei in der Chloroformnarcose die erhaltene Reaction der Pupille auf Licht einerseits, auf acustische, sensible und thermische Reize andererseits, ein Zeichen dafür, dass mit der Inhalation des Mittels ruhig fortgefahren werden könne. Sobald aber die den Ruhezustand darstellende enge Pupille auf genannte Reize nicht reagirt, so ist der zulässig höchste Grad der Narcose erreicht, und das Ausbleiben dieser Reflexerscheinungen giebt die erste Mahnung die Inhalationen auszusetzen. Kommt nun plötzliche Dilatation der Pupillen zu Stande, so ist directe Lebensgefahr vorhanden, diese plötzliche Mydriasis ist ein Zeichen von bereits eingetretenen Respirations- und Circulationsstörungen in Folge von Kohlensäureanhäufung im Blute, welche bekanntlich direct reizend auf das Dilatationscentrum der Iris wirkt.

Auf die sich anschliessenden interessanten Thierexperimente sowie die übrigen oben angeführten Arbeiten des ersten Heft's kann hier nicht genauer eingegangen werden. Der Zweck dieser Besprechung ist lediglich der, die Aufmerksamkeit des ärztlichen Publikums auf die Tübinger ophtalmiatrischen Mittheilungen zu lenken.

Das *zweite Heft* enthält eine grössere Arbeit von S. Rembold *«Ueber Pupillenbewegnng und deren Bedeutung bei den Krankheiten des Centralnervensystems»*. Der erste Theil der Arbeit ist den anatomischen und physiologischen Verhältnissen der Iris gewidmet. Unter Herbeiziehung zahlreicher Literaturangaben bespricht Verf. in recht eingehender Weise die Physiologie der Irisbewegungen und führt alle die möglichen Bahnen an, auf welchen die Pupillarbewegungen ausgelöst werden können. Die Irisbewegungen werden auch von den Blutgefässen der Iris beeinflusst und zwar betheiligen sich diese dabei activ und passiv. Tritt Dilatation der Pupillen ein, so nimmt das Irisgewebe durch mechanische Entleerung des Blutes aus den Gefässen an Volumen ab, durch Contraction der Gefässe durch Sympathicusreizung rufen diese activ eine Erweiterung der Pupille hervor. Verf. will alle Pupillarbewegungen von zwei im entgegengesetzten Sinne wirkenden Kräften abgeleitet wissen, dieses sind: Contraction des Sphincter iridis und Contraction der Irisgefässe. Für die theoretische Erklärung der Pupillarbewegungen wird der musc. Dilatator Pupillae als unnöthig erklärt. Da er jedoch anatomisch positiv nachgewiesen ist, so wird ihm vom Verf. die Rolle eines die pupillenerweiternde Wirkung der Gefässcontraction unterstützenden Apparates vindicirt.

Im zweiten Abschnitte seiner Arbeit bespricht Rembolt in recht eingehender Weise mit Hinzuziehung der einschlägigen Literatur die Beziehungen der Pupillarbewegungen und der Krankheiten des Centralnervensystems, wobei erst die Krankheiten des Gehirns, dann die des Rückenmarks zur Sprache kommen... Ohne den Rahmen, der einer kurzen Besprechung zugewiesen ist, zu überschreiten, ist es nicht möglich auf die so sehr interessanten, in recht übersichtlicher Form zusammengestellten Details der Arbeit einzugehen und müssen wir desshalb den Leser auf das sehr lesenswerthe Original verweisen.

L.

Ziemssen's Handbuch der allgemeinen Therapie. II. Band III. Theil: Winternitz: Hydrotherapie. Leipzig, Vogel 1881, 310 S. mit Holzschnitten.

Das vorliegende Werk entspricht einem längst gefühlten Bedürfniss sowohl der an einem Hospitale, als auch frei praktisirenden Aerzte, da es auf einer wissenschaftlichen Basis fassend, die äussere Anwendung des Wassers in erschöpfender und sehr klarer Weise behandelt. Nach einer recht vollständigen, von Dr. S. Plohn verfassten Geschichte der Hydriatrik, der eine vollständige Aufzählung der einschlägigen Literatur vorangeht, behandelt W. im 2. Kapitel die physiologische Begründung der Hydrotherapie, im 3. die Methodik des Heilverfahrens und im 4. die allgemeinen Grundsätze für die therapeutische Combination der verschiedenen hydriatischen Heilmittel. Einen, wenn auch nur kurzen, Auszug aus dem Werke zu geben, ist Ref. wegen der Fülle des Materials unmöglich; er kann nur seinen Fachgenossen dieses Buch, das, von einer Autorität ersten Ranges verfasst, an Klarheit des Ausdrucks und erschöpfender Ausbeutung des vorliegenden physiologischen und klinischen Materials nichts zu wünschen übrig lässt, auf's Wärmste empfehlen; rühmlichst ist noch hervorzuheben die Vermeidung jeglicher nicht gehörig begründeter Theorie. Druck und Ausstattung vorzüglich. Hz.

Experimentelle und histologische Untersuchungen über die Entstehung und Ursachen der scrophulösen und tuberculösen Gelenkleiden von Prof. Dr. Max Schüller. Mit 30 Abbildungen im Texte. Stuttgart. Verlag v. Ferdinand Enke. 1880. (236 Seiten).

Im Centralblatt für Chirurg. 1879 № 19 theilte Verf. vorläufig in kurzen Umrissen die Resultate seiner Forschungen auf dem im Titel genannten Gebiet mit. Die Neuheit und Klarheit dieser Resultate erschien überraschend und liess uns mit Spannung dem Erscheinen des in Aussicht gestellten grösseren Werkes über die gen. Frage entgegensehen. In der That enthält denn auch das vorliegende Werk eine so abgerundete Bearbeitung der Frage von den scrophulösen und tuberkulösen Gelenkleiden, wie man sie jetzt noch nicht erwarten zu dürfen glaubte. Das Werk ist die Frucht jahrelanger, mühsamer Arbeit, die mit grosser Umsicht angelegt und in den vielfachen Detailfragen erschöpfend ausgeführt ist. Wir müssen uns hier darauf beschränken in kurzen Umrissen den Inhalt des Werkes zu skizziren, das für jeden Mediciner gleich interessant ist, weil es nicht blos die Tuberculose und Scrophulose der Gelenke behandelt, sondern Natur und Ursachen der gen. beiden Krankheitsprocesse, Gegenstand der Untersuchung sind.

Verf. hat in die Lungen von Kaninchen in kleinen Mengen injicirt: tuberculöse Sputa, zerkleinertes tuberculöses Lungengewebe, tuberculöse Synovialgranulationen, zerkleinerte Stücke von scrophulösen Lymphdrüsen und von Lupusgewebe, und dann dem Thiere durch Schlag mit einem Holzhammer ein Kniegelenk contundirt. In allen Fällen trat nicht nur veritable Tuberculose innerer Organe, sondern auch eine Entzündung des Gelenkes auf, die makroskopisch und mikroskopisch dem früher Tumor albus oder scrophulöse, jetzt tuberculöse Gonitis genannten Leiden gleich ist. Bei einfachen Contusionen ohne vorhergegangene Infection des Thieres konnte eine derartige Gonitis nie erzeugt werden, wohl aber wenn das betreffende Thier nur mit tuberculösen Thieren zusammengelebt hatte in demselben Stall. — Das Ueberimpfen des Blutes tuberculöser Thiere erzeugte deutlich Tuberculose. Die Localisirung der Tuberc. auf das contundirte Gelenk rührt daher, dass bei der Verletzung Blut austritt in's Gelenk und die specifische Noxe, die im Blut circulirt, dann hier besser Boden fassen kann; injicirt man Farbstoffpartikel in die Lunge, so gelangen auch von diesen welche in das contundirte Gelenk, entsprechend der Menge des ausgetretenen Blutes. — Um der Frage über die eigentliche Natur der inficirenden Substanzen näher zu kommen, hat Verf. aus tuberculösen, scrophulösen, lupösen Gewebestücken gewonnene Mikrokokken in Nährflüssigkeiten (meist Bergmann'scher) gezüchtet und mit zweiter, dritter, ja vierter Cultur Impfungen gemacht, die Thiere starben ziemlich schnell an Tuberculose. Wie bei den früheren Versuchsthieren, so fanden sich auch hier Mikrokokkenherde in den Geweben. Directe Injection der Culturen in's Gelenk gab besonders heftige Erscheinungen, doch weichen diese, wie die durch die oben angeführten Methoden erzeugten Gonitiden ganz wesentlich ab von den Gonitiden, erzeugt durch Injection von Tusche, Hämotoxylin, Zinnoberemulsion, Alcohol, Chlorzink und endlich faulem Blut. Diese Abweichung bestand sowohl im klinischen Verlauf der Krankheit, wie im mikroskopischen Befunde. Im Verlaufe der Krankheit magerten die Thiere sehr stark ab. Die interessanten Untersuchungen über das Blut der Thiere mit Gonitis tuberculosa, sowie überhaupt den histologischen Theil der Arbeit müssen wir hier übergehen. Die Thierexperimente beweisen deutlich, dass man das volle Recht hat, einen jeden Tumor albus etc. als

reine Tuberculose aufzufassen, die wie beim Thiere durch eine specifische Art Mikrokokken erzeugt wird. Dass nicht jeder Tumor alb. von allgemeiner Tuberculose gefolgt ist, widerspricht durchaus nicht diesem Satze, denn es spricht nichts gegen die Vorstellung, dass ein Mensch mit einer tuberculösen Gelenkentzündung zufällig und nur vorübergehend tuberculös inficirende Mikrokokken in seinen Körper aufgenommen hat, welche in das Gelenk drangen und daselbst in Folge irgend einer günstigen Bedingung (z. B. Contusion mit Hämorrhagie) zur tuberc. Entzündung führten. Lupus, Scrophulose und Tuberculose sind Erscheinungsformen derselben Krankheit und zwar ist diese Krankheit, wie es scheint, durchaus nicht eine unheilbare; denn sehr genau gemachte Versuche an Thieren zeigten ein deutliches Zurückgehen der schon ganz offenbaren Symptome von Tuberculose nicht nur, sondern es war Verf. auch möglich mikroskopisch die verschiedenen Arten der Ausheilung tuberculöser Eruptionen in Lunge, Leber, Nieren und Gelenken in verschiedenen Stadien zu verfolgen und so ein Bild von dem Hergange dabei zu geben. Was besonders interessirt, ist, dass diese Heilung durch Medicamente willkürlich angebahnt werden konnte. Inhalationen von Natr. benzoic., Extr. Guajaci, Aqu. kreosoti, Aqu. guajacolis [1]) führten bei lange fortgesetztem Gebrauch wirklich zur Heilung, die Controlthiere starben stets früher als die behandelten. Auch in dieser Detailfrage über den Werth von Inhalationen überhaupt hat Verf. Vorversuche zur Prüfung der eigenen Methode gemacht. Seine Versuche mit Inhalationen von Flüssigkeiten, die mit Tusche, Methylviolett etc. gefärbt waren, beweisen evident, dass sich inhalirte Flüssigkeiten nicht in Mund und Trachea niederschlagen, sondern bis in die Lungenalveolen dringen. Bei am Knie inficirten Thieren spritzte Verf. in dasselbe Chlorzinklösung (8%) und fand, dass die Einwirkung des Chlorzinks die tuberculösen Mikrokokken am primären Infectionsherde entweder tödtete oder doch unfähig machte, sowohl eine tuberculöse Lokalentzündung wie eine tuberculöse Allgemeinerkrankung zu erzeugen. Pilocarpininjectionen wirkten günstig auf den Verlauf der Krankheit, weil die Excretion und damit der Stoffumsatz beschleunigt wird, in Speichel und Thränen viel Mikrokokken. Zum Schluss giebt Verf. auf einigen wenigen Seiten seine persönliche Stellung zur Therapie der tuberculösen Gelenkentzündungen. Aus der kurzen Wiedergabe des Gerippes des Buches wird wenigstens ersichtlich sein, wie viele und wie interessante Fragen, auch manche die vom Thema weiter ab zu liegen scheinen, zur Behandlung und Lösung kommen. T.

Russische medicinische Literatur.

№ 76. Wratsch. № 13.
Inhalt: a) G. Szapiro: Klinische Untersuchungen über den Einfluss der Körperperstellung und der Compression der peripherischen Arterien auf die Herzthätigkeit (Schluss).
b) Oserezkowski: Ein Fall von saltatorischen Krämpfen.
c) G. Herzenstein: Das Militär-Sanitätswesen im letzten türkischen Kriege. (Forts.)

№ 77. Klinitscheskaja Gaseta № 13.
Inhalt: a) W. Dobrowolski: Klinische Beobachtungen über Augenkrankheiten: 1) Amaurosis uraemica; 2) Glaucoma sympathicum; 3) Strabismus convergens monolateralis ohne Amblyopia ex anopsia; 4) Retinitis diffusa bei starker Hypermetropie.
b) N. Ssimanowski: Ein Fall von Krebs des Mediastinum. (Aus der Klinik des Prof. Botkin).
c) J. Ssikorski: Ueber Stottern. (Schluss).

№ 78. Wratschebnija Wedomosti. № 12.
Inhalt: a) J. Lapin: Ein Fall von Verstümmelung der äusseren weiblichen Geschlechtsorgane.
b) Bogomolez: Ueber den Scharlach und den Sanitätszustand in Kostroma.
c) Jaroschewitsch: Ueber Furunkeln bei Psoriasis.
d) Ssukatschew: Die Diphtheritis-Epidemie im Tschigirinschen Kreise.

№ 79. Tageblatt der Kasan'schen ärztlichen Gesellschaft. № 3 und 4.
Inhalt: a) N. Ssorokin: Ueber Spirochaeten (Schluss) [№ 3].
b) N. Wyssozki: Ueber Febris intermittens larvata [№ 4].
c) Sitzungsprotocoll der Kasanschen ärztl. Gesellschaft vom 23. December 1880. [№ 3 und 4].

№ 80. Anzeiger der Mineralbäder von Staraja-Russa № 1. Redacteur Dr. F. Weber. (Nebst mehreren Beilagen: Plan von Staraja-Russa, Ansichten der Stadt und der Badeeinrichtungen u. s. w.)
Inhalt: a) Vorwort der Redaction.
b) Ueber die klimatischen Verhältnisse und den Sanitätszustand von Staraja-Russa.
c) Heilmittel der Mineralbäder von Staraja-Russa und die Indicationen und Contraindicationen für dieselben.

[1]) Das Guajacol ist ein Bestandtheil des Kreosots und stellt eine ölartige, stark nach Kreosot riechende, dicke Flüssigkeit dar, welche aus dem Guajacharz gewonnen wird.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Ueber den Zeitpunkt der Abnabelung Neugeborener von F. Steinmann. — Inaug. Diss. — Dorpat 1881.
— Ein Fall von acuter primärer Verrücktheit (Westphal) von Dr. Max Buch. (Sep. Abdr. aus d. Archiv für Psychiatrie Bd. XI., Heft 2).
— Il movimento medico-chirurgico. Fasc. 2.
— La gaceta de sanidad militar. № 150.
— Canada medical and surgical journal № 8.

Protokolle des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 9. December 1880.

Dr. G. Tiling berichtet über eine von ihm am 8. December an einem 24jährigen Manne ausgeführte Totalexstirpation der Parotis. Der Tumor füllte die Grube zwischen Mandibula und Proc. mastoideus aus, war mit dem Musc. sterno-cleido-mastoid. verwachsen, reichte nach unten c. 3 Centimet. tiefer als der Angulus mandibulae, war mit der vorderen Fläche des Unterkiefers fest verbunden, mit der äusseren Haut dagegen nicht verwachsen, und bot dem untersuchenden Finger bedeutende Consistenz des Gefüges und eine höckerige Oberfläche. Der zuletzt genannte Umstand, das langsame Wachsthum des Tumors (2 Jahre alt) und das Verwachsensein der Geschwulst mit dem M. sterno-cleido-mastoid. liessen die Diagnose «Chondrosarcom» gerechtfertigt erscheinen. Die an und für sich schwierige Operation wurde im vorliegenden Falle noch wesentlich erschwert durch folgende Umstände: Verwachsung des Tumors mit dem Fleisch des Kopfnickers und mit dem hinteren Bauche des Musc. biventer, welcher letztere ganz entfernt werden musste. Ferner war die Geschwulst mit dem Periost der Mandibel fest verwachsen und ritt auf dem hinteren Rande derselben, so dass auch auf der inneren Fläche des Knochens Geschwulstmassen fest anhafteten. Es musste deshalb nach Entfernung des Masseter die Mandibula umschnitten und die Geschwulst nebst dem Periost vom Knochen abgehebelt werden. Schliesslich trat noch als ein die Operation sehr erschwerendes Moment bei Befreiung der Carotis externa von ihrem periadventitiellen Gewebe in der Tiefe eine stärkere Venenblutung ein, die durch Fingerdruck sistirt werden musste bis der Tumor ganz entfernt war, weil erst dann der Ort der Blutung ganz deutlich sichtbar wurde. Die Carotis externa trat auch hier, wie Dr. Tiling sich an 4 Parotisexstirpationen an der Leiche überzeugt hatte, eigentlich erst mit ihren Endästen (Temporalis und Maxillaris int.) in das Parenchym der Drüse ein. Von namhaften Arterien mussten unterbunden werden: Art. occipitalis, auricularis post., transversa faciei, maxillaris int. und die pharyngea ascendens. Im Ganzen wurden über 50 Ligaturen angelegt. Der Stamm des Nerv. facialis musste durchschnitten werden, weil er in die Drüse selbst hineintrat. Unmittelbar nach der Operation war bei Ruhelage des Gesichtes die Facialis-Paralyse nicht bemerkbar, wohl trat sie aber hervor bei Action der Gesichtsmuskeln. Die genauere Untersuchung des Tumors ergab ein Fibro-Sarcom. O. Weber findet unter 900 in der Literatur gesammelten einschlägigen Fällen nur 15 wirkliche Totalexstirpationen der Parotis (Pitha und Billroth).

Dr. Schmitz theilt mit, dass er im letzten Sommer eine cavernös entartete Parotis bei einem 3monatlichen Kinde exstirpirt hat. Die Heilung erfolgte per primam. Auch Dr. Schmitz betont die Schwierigkeit der genannten Operation.

Dr. Grimm hält einen Vortrag über «Pathologische Veränderungen des Fusses in Folge von schlechtem Schuhwerk». Angeregt durch eine in der deutschen militärärztlichen Zeitschrift Heft 3 u. 4 von Dr. Starke unter dem Titel «Der Militärstiefel» erschienenen Arbeit, hat Dr. Grimm bei der Rekrutenbesichtigung im Leibgarde-Jägerregiment die Füsse dieser Leute einer genaueren Untersuchung gewürdigt und dabei unter 150 Rekruten nur einen einzigen mit normalen Füssen gefunden. Die übrigen 149 Mann boten an ihren Füssen, trotzdem dass Viele unter ihnen bis zu ihrem Eintritte in's Militär Bastschuhe oder Bastsandalen getragen hatten, mehr weniger hochgradige Veränderungen. Vortragender macht den grössten Theil der beim Militär und auch bei den anderen Gesellschaftsclassen vorkommenden Fussanomalien von dem heutzutage gebräuchlichen Schuhwerk abhängig, welches den anatomisch-physiologischen Verhältnissen des Fusses nicht entspricht. Die Grundfehler der modernen Fussbekleidung sind: Abschrägung des inneren vorderen Theils des Stiefels nach aussen, Abschrägung des äusseren vorderen Theils des Stiefels nach innen, eine falsche Construction des Stiefelspannes (der Spann des Stiefels wird meist nach dem Modell eines Daches mit dem First in der Mitte gemacht), zu schmale Sohlen, zu kurzes Maass, und endlich falsch gestellte und zu hohe Absätze. Die aus diesen, den meisten jetzt getragenen Stiefeln anhaftenden Fehlern resultirenden Veränderungen der Füsse sind: Allmähliche Verdrängung der grossen Zehe (Subluxation) im Metatarso-Phalangeal-Gelenk nach aussen, Verdrängung der kleinen Zehe nach unten und innen, Hühneraugen, Schwielenbildung auf dem Fussrücken und an den Seitentheilen der Sohle, eingewachsener Nagel etc. etc. — Dr. Grimm legt der Gesellschaft einen nach Dr. Meyer's An-

gaben construirten Normalstiefel vor, an welchem alle die oben angeführten Fehler vermieden sind und kann ihn aus eigener Erfahrung auf's Wärmste empfehlen.

Dr. Grimm's Vortrag ist für den Druck bestimmt.

Secretär Dr. Lange.

Tagesereignisse.

— *Der zehnte Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie* nahm am 6. April n. St. seinen Anfang, nachdem am Abend vorher die Begrüssung der Mitglieder im Hôtel du Nord stattgefunden hatte. Die Sitzung im neuerbauten Operationssaale der Universitätsklinik eröffnete Prof. v. Langenbeck mit einer Ansprache, in welcher er darauf hinwies, dass in diesem Raum noch keine Operation ausgeführt, noch kein Blut geflossen und auch kein chirurgisches Wort gesprochen sei. Die erste Versammlung so vieler bedeutender Chirurgen in diesem Raume betrachte er als eine glückliche Vorbedeutung für diesen und spräche den Wunsch aus, dass aus demselben viele Heilungen hervorgehen mögen.

Der Congress war recht zahlreich besucht. Ausser den Berliner Chirurgen waren von auswärtigen Mitgliedern unter vielen Anderen erschienen Thiersch und Tillmanns aus Leipzig, Winkel aus Dresden, Hueter aus Greifswald, König aus Göttingen, Busch und Madelung aus Bonn, Bergmann aus Würzburg, Trendelenburg aus Rostock, P. Bruns aus Tübingen, Maas aus Freiburg. Aus den Beschlüssen des Congresses heben wir hervor, dass die deutsche Gesellschaft für Chirurgie dem Altmeister der Chirurgie Pirogow zu seinem im Mai d. J. stattfindenden 50-jährigen Jubiläum eine künstlerisch ausgeführte Adresse überreichen wird.

— Professor Dr. Brenner in Leipzig, der früher längere Zeit in St. Petersburg praktischer Arzt war, hat einen Schlaganfall gehabt.

— Den Privatdocenten Dr. A. Monti und W. Winternitz in Wien ist der Titel eines ausserordentlichen Professors verliehen worden.

Miscellen.

— Von Dr. med. K. Crüwell ist ein Schriftchen, betitelt: Die Diphtheritis ist keine Pilzkrankheit, sondern eine Ernährungsstörung, erschienen, deren Verf. Homöopath und Vegetarier, und Verfechter folgender Aetiologie der Diphtheritis ist: Faulendes Fleisch, — d. h. alles Fleisch von geschlachteten Thieren, hat grössere Absorptionsfähigkeit für Salze, als lebende Zellen. Durch die Behandlung in der Küche werden dem Fleisch Kalisalze entzogen, und passirt es nun einen Rachen, der durch irgend welche Einflüsse eine beschädigte Epithelialdecke hat, so werden den Rachengebilden so viel Kalisalze entzogen, dass Necrosirung der Zellen derselben eintritt. Zur «Kräftigung» bekommen die Kranken weiterhin Fleisch und Milch, wodurch die Necrose immer weiter fortschreitet, der Blutkörper von Fäulniss ergriffen wird, und der Kranke am Faulfieber zu Grunde geht. Die Pilze sind rein accidentell, die Necrose ist das Primäre. Die Therapie besteht in Pflanzennahrung und 2-stündlich der 30billionste Theil eines Grammes Chlorkalium innerlich. Der grösste Theil der Schrift ist der Polemik gegen einen Dr. H. gewidmet, wie uns scheint, ist es ein Streit intra muros homoeopathicos, — und die Lectüre desselben bietet recht viel des Ergötzlichen, woher das Büchlein mit gutem Gewissen Allen, die Sinn für Humor haben, empfohlen sein mag. S—t.

— Seit einiger Zeit wird hier eine «*Essenz zur Beseitigung der Hühneraugen und Warzen von* H. Arnstein *in Moskau*» mit Genehmigung des Medicinal-Departements verkauft, welche eine bläulichgrüne Flüssigkeit darstellt. Nach den Untersuchungen von A. Peltz (Pharm. Zeitschr. f. Russland 1881, № 11) erwies sich dieselbe als concentrirte Essigsäure, die, je nach den Verkaufsstätten 77,52% und 86,49% Essigsäureanhydrid enthält und mit Anilingrün gefärbt ist. Es ist also ein zur Vertreibung der Hühneraugen längst gebrauchtes und allbekanntes Mittel, das hier zu einem unverhältnissmässig hohen Preise — ℥jj für 60 Kop. verkauft wird, während der eigentliche Werth, Verpackung etc. mitgerechnet, höchstens 10 Kop. beträgt. Bf.

Vacanzen.

— *Eine Landschaftsarztstelle* im Kreise *Gorodnja* des Gouvernement *Tschernigow* ist vacant. Gehalt 1200 Rbl jährlich bei freien Dienstfahrten. Qualificirte Bewerber haben ihre Gesuche unter Beifügung der nöthigen Documente an das Landschaftsamt des Kreises Gorodnja zu richten.

— *Eine Landschaftsarztstelle* im Kreise *Ssudsha* des Gouv. *Kursk* ist vacant. Gehalt 1200 Rbl. jährlich bei freien Dienstfahrten. Nähere Auskunft ertheilt das Kreis-Landschaftsamt von Ssudsha.

— *Eine Landschaftsarztstelle* im Kreise *Ssytschewka* des Gouv. *Ssmolensk* ist vacant. Gehalt 1200 Rbl. jährlich. Der Arzt ist berechtigt ausserdem, wenn er mit dem Stadtamt ein diesbezügliches Abkommen trifft, auch noch in der Stadt Ssytschewka die Stelle eines Stadtarztes zu bekleiden. Bewerber sind gebeten ihre Eingaben an das Landschaftsamt von Ssytschewka zu richten.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 22. März 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	951	354	1305
Alexander- «	760	166	926
Kalinkin- «	—	571	571
Peter-Paul- «	394	169	563
St. Marien-Magdalenen-Hospital	166	73	239
Marien-Hospital	295	484	779
Ausserstädtisches Hospital	545	149	694
Roshdestwensky-Hospital	52	35	87
(Nicolai-Militär)-Hospital (Civilabth.)	347	146	493
5 zeitw. Hospitäler	640	138	778
Ausschlags-Hospital	17	9	26
Summa der Civilhospitäler	4167	2294	6461
Nikolai-Kinder-Hospital	47	60	107
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	—	—	—¹)
Elisabeth-Kinder-Hospital	29	31	60
Summa der Kinderhospitäler	76	91	167
Nicolai-Militär-Hospital	669	26	695
Ssemenow'sches Militär-Hospital	—	—	—¹)
Kalinkin-Marine-Hospital	303	—	303
Gesammt-Summa	5215	2411	7626
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	1327	414	1741
Scarlatina	14	9	23
Variola	4	5	9
Venerische Krankheiten	716	565	1281

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 15. bis 22. März 1881 besucht von 1176 Kranken, darunter zum ersten Mal von 550.

¹) Die Zahlen für das Kinderhosp. d. Pr. von Oldenburg und für d. Semenowsche Hosp. sind uns nicht zugegangen.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 29. März 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	953	351	1304
Alexander- «	754	166	920
Kalinkin- «	—	555	555
Peter-Paul- «	385	172	557
St. Marien-Magdalenen-Hospital	166	73	239
Marien-Hospital	296	472	768
Ausserstädtisches Hospital	547	150	697
Roshdestwensky-Hospital	49	38	87
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	347	144	491
5 zeitw. Hospitäler	636	140	776
Ausschlags-Hospital	12	14	26
Summa der Civilhospitäler	4145	2275	6420
Nikolai-Kinder-Hospital	41	61	102
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	77	91	168
Elisabeth-Kinder-Hospital	23	28	51
Summa der Kinderhospitäler	141	180	321
Nicolai-Militär-Hospital	664	33	697
Ssemenow'sches Militär-Hospital	311	—	311
Kalinkin-Marine-Hospital	288	—	288
Gesammt-Summa	5549	2488	8037
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	1319	412	1731
Scarlatina	28	27	55
Variola	3	5	8
Venerische Krankheiten	733	550	1283

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 22. bis 29. März 1881 besucht von 1176 Kranken, darunter zum ersten Mal von 550.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs

für die Woche vom 15. bis 21. März 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 810 (Todtgeborene 27). Mortalität der Woche für das Jahr berechnet 62,92 p. M.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
476	334	810	119	38	96	22	9	35	127	104	80	76	45	32	12	15

2) nach den Todesursachen:
— Typh. exanth. 48, Typh. abd. 48, Febris recurrens 19, Typhus ohne Bestimmung der Form 13, Pocken 1, Masern 7, Scharlach 15, Diphtheritis 17, Croup 2, Keuchhusten 1, Puerperalkrankheiten 10,
— Gehirnapoplexie 16, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 24, acute Entzündung der Athmungsorgane 90, Lungenschwindsucht 141, Gastro-intestinal-Krankheiten 133, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 35, Marasmus senilis 33, Pyämie und Septicämie 0.
— Tod durch Zufall 6, Selbstmord 1, Mord 1.
— Andere Ursachen 149.

Nächste Sitzung des allgem. Vereins St. Petersburger Aerzte, Dienstag den 7. April 1881.

Nächste Sitzung d. deutschen ärztlichen Vereins, Montag den 20. April 1881.

Alleinige Annoncen-Annahme für das Ausland (ausser Buchhändler-Anzeigen) bei **L. Metzl,** Central-Annoncenbureau aller Zeitungen Europas **in Moskau**, grosse Dmitrowka, Haus Butschanowa und Petrowka, Haus Solodownikow, Allgemeine Anfahrt mit dem Théâtre Bouffe in der Bel-Etage.

Schlesischer Obersalzbrunnen.

Amtlich constatirter Versandt pro 1880 — 250,911 Flaschen.

Die hiesigen Mineralquellen **Oberbrunnen** und **Mühlbrunnen** sind alkalische Säuerlinge höchsten Rufes. Sie rangiren mit Ems und Eger Salzquelle und sind, weil **sie mild wirken, ohne zu schwächen,** seit Alters her heilbewährt in Krankheiten der Lungen und Luftröhren, sowie der Unterleibsorgane, besonders plethora abdominalis, chron. Katarrh des Magens und Duodenums, Blasenkatarrh etc. Ihre Versendung geschieht während des ganzen Jahres. Wiederverkäufer erhalten Rabatt. (Ctrl. Msk. 5144)

Kurort Ober-Salzbrunn im Schlesischen Gebirge, Fürst von Pless'sche Brunnen-Inspection. 24 (1)

PÖSTJÉN (PISTYAN)

Altberühmtes Schwefelbad in Ungarn. Station der königl. ungar. Staatsbahn.

Die als eine der seltensten Naturerscheinungen am Uferrande und im Flussgebiete des Waagflusses erscheinenden Mineralquellen fördern einen Mineralschlamm zu Tage, welcher den nicht genug zu würdigenden Vortheil bietet, dass durch die blosse locale Anwendung desselben schon sich seine Heilkraft bewährt, so dass er auch angewendet werden kann, wo der Gebrauch von Bädern nicht angezeigt ist. Die Bestandtheile des Wassers sind: Schwefelsaures Kali, Natron Kalk, Chlor-Natrium, Chlor-Magnesium, kohlensaure Magnesia und Kalk, Kieselerde, Basischphosphorsaures Eisenoxyd. Der Mineralschlamm enthält: Kieselerde, kohlensauren Kalk, Eisenoxyd, Magnesia, Thonerde, Gyps, Phosphorsäure. Die Naturwärme wechselt zwischen 46 und 52° R. Die Heilquellen werden mit dem günstigsten Erfolge angewendet: bei chronischer Gicht und Rheumatismus, besonders bei Ablagerungen in den Gelenken, bei Gesichtsschmerz, Ischias, bei scrophulösen Leiden, Anschwellungen und Vereiterungen der Drüsen, Beinhaut- und Knochen-Affectionen, Caries und Necrose, bei Gelenkanschwellungen, Steifheit und Verkrümmungen derselben, bei Folgezuständen von chronischen Entzündungsprocessen und schweren Verletzungen, nach Knochenbrüchen und Verrenkungen, bei Krankheiten des Nervensystems, bei syphilitischen Affectionen der Beinhaut und der Knochen, nach, vor längerer oder kürzerer Zeit überstandener antisyphilitischer Cur, bei Katarrhen der Schleimhäute, bei Hautkrankheiten, die mit einer Geschwürbildung verbunden sind, bei Hämorrhoidal-Zuständen und Menstruations-Anomalien. Durch äusserst günstige Gestaltung der Flussverhältnisse ergab sich in neuester Zeit die Möglichkeit, grössere Reservoirs anzulegen und kann daher von nun an der so überaus heilkräftige Pöstjéner Schlamm im In- und Auslande in beliebiger Quantität versendet werden. Zur Auflösung desselben möge das dazu erforderliche Mineralquellen-Wasser bestellt werden. Nähere Auskünfte ertheilen mit grösster Bereitwilligkeit 38 (1)

die herrschaftliche Gutsverwaltung und Badearzt Dr. **WAGNER.**

ULRIKASBORGER SEEBÄDER UND MINERALWASSER

IN HELSINGFORS

im **Brunnenpark** nahe der Stadt, an den malerischen Ufern des Meeres gelegen, zeichnen sich durch besonders reine und gesunde Luft aus. **Warme Seebäder** und **hydro-therapeutische** und **Massage-Kuren** beginnen **den 20. Mai.** — **Kalte Seebäder** im Juni. —

Mineralwasser, natürliche wie künstliche **aller Art.** — Restauration, Table d'hôte, Lesekabinet, musikalische Soiréen; möblirte Villen wie einzelne Zimmer sind im Park selbst zu haben. Nähere Auskunft ertheilt die Direction des Brunnenparks. — Kommunikation mit St. Petersburg per Dampfboot und Eisenbahn (Tag- und Nachtzüge).

29 (2) Dr. W. DJAKOFFSKY.

Die Wasserheilanstalt

RUDOLFSBAD

in **REICHENAU (Nieder-Oesterreich),** 2 Stunden von Wien per Südbahn, in einem reizenden von allen Seiten geschützten Alpenthale, 481 Meter über dem Meere an der Südbahn (Station Payerbach) gelegen, eröffnet für **Wassercuren** am **15. April;** die Trinkhalle für **Molke, Milch** und alle in- und ausländischen **Mineralwässer** am **1. Mai** und das in der Nähe des Curhauses befindliche **Voll- und Schwimmbad** mit 16—18° R. und 730 Quadratmeter Spiegelfläche, am **15. Mai.**

Gesunde Gebirgsluft, frisches Quellwasser, zweckmässige Cureinrichtung, ausgezeichnete Verpflegung und comfortable Unterkunft bilden die anerkannten Vorzüge dieser seit 15 Jahren bestehenden Wasserheilanstalt. In den Nebengebäuden können auch Curgäste (einzeln sowohl als Familien), die eine Milch-, Molken-, Mineralwasser-, Inhalations- oder nur Luftcur gebrauchen wollen, bei vollständiger Pension Aufnahme finden. — Prospecte werden durch die Curhausinspection auf Verlangen gratis zugesendet. 36 (3) Ctrl. Msk. 10291

Nähere Auskünfte ertheilen:

Med. Dr. Ferd. Siegel, Curarzt. — **J. M. Waissnix,** Eigenthümer.

JOHANNISBERG

bei Geisenheim im Rheingau.

Am 1. Mai d. J. eröffnet der Unterzeichnete, der bisher nahezu 10 Jahre lang als 2. Arzt an der Heilanstalt für Nerven- und Gemüthskranke zu Görlitz, die letzten 4 Jahre als Director der schlesischen Provinzialanstalt zu Plagwitz thätig war, an Stelle der früheren Wasserheilanstalt «BAD JOHANNISBERG» eine

Curanstalt für Nervenleidende,

in welcher Nervenkranke aller Art, mit **Ausschluss geistig Gestörter,** einen vor äusseren Störungen Schutz bietenden Aufenthalt bei specialärztlicher Behandlung unter entsprechender Mitwirkung der Hydro- und Electrotherapie finden. Alles Nähere besagen die Prospecte, die auf Wunsch zur Verfügung stehen.

37 (4) Ctrl. Msk. 10361 **Dr. Ewald Hecker.**

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 3 Апрѣля 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh., Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

ST. PETERSBURGER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg, Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 15. St. Petersburg, 11. (23.) April. 1881.

Die 4. Magenresection auf Prof. Billroth's Klinik. (Glücklicher Ausgang).

Am 8. April n. St. führte Dr. Wölfler, Assistent an Prof. Billroth's Klinik (Letzterer befindet sich z. Z. auf Ferienreisen in Italien) an Marie Gebharter die Magenresection wegen Carcinom aus. Patientin 52 Jahr alt, sehr herabgekommen, leidet seit längerer Zeit an Magenbeschwerden. Die Untersuchung ergab in der Pylorusgegend einen derben, etwas höckrigen, fast hühnereigrossen, leicht verschiebbaren Tumor, der mit grosser Wahrscheinlichkeit als localisirtes Magencarcinom agnosticirt wurde.

Operationsverfahren: Nach Ausspülung des Magens kurz vor der Operation und gründlicher Abwaschung mit Seife und darauffolgender Desinfection des Operationsgebietes mit 3 pCt. Carbollösung, wurde ein querer Schnitt, etwa 12—14 Cm. lang, über dem Magen geführt und letzterer blos gelegt. In der Ausdehnung des zu resecirenden Stückes (Pylorus mit mässiger Ausbreitung gegen den Magen), wurde sodann zur doppelten Unterbindung des Oment. maj. et min., portionsweise, in einer Entfernung von etwa 1—2 Cm. von der entsprechenden Magencurvatur geschritten und zwischen den Ligaturen die Gewebe mit Paquelin, auf daruntergehaltenen Schwammstückchen durchtrennt. Nach so geschehener Isolirung des Fortzunehmenden aus dem Blutverkehr, wurde die Resection auf folgende Weise ausgeführt: Der Schnitt begann, abweichend von den ersten 2 Fällen, an der kleinen Curvatur etwa 7—8 Cm. vom Pylorus entfernt, und verlief, sich im gesunden Gewebe bewegend, zur grossen Curvatur, etwas schräg gegen den Pylorus zu. Nachdem ²/₃ der Magenbreite durchtrennt und durch die so gesetzte Oeffnung der Magen nochmals mit carbolisirten Schwämmen von seinem Inhalt gründlich gereinigt, wurden sofort die Wundränder am zurückzulassenden Magentheil durch die Lambert'sche Naht geschlossen und darauf das letzte Dritttheil durchschnitten. An dieses hatte im weiteren Verlaufe der Operation das resecirte Duodenalende zu kommen. Vor der gänzlichen Absetzung des Krankhaften seitens des Duodenum wurde durch die Wandung dieses Letzteren an seinem oberen Rande ein Ligaturfaden gezogen, um als Handhabe und Richtschnur bei seiner Vereinigung mit dem Magen zu dienen und hiernach die Abtrennung beendigt. Nach sorgfältiger Stillung (Ligatur, Umstechung) der hier und da am Omentum, Magen vorhandenen kleinen Blutungen, wurde die Vereinigung des Duodenum mit dem am Magen belassenen Schlitz durch die Lambert'sche Naht so vorgenommen, dass die Nähte an der hinteren Darm- resp. Magenwand, *innerhalb* des neu zu schaffenden Pylorus geknüpft, (Modification gegen die frühere Methode), die vorderen aber ausserhalb desselben geknotet wurden. Das Nähen an der hinteren Darm- resp. Magenfläche mit Schürzen der Knoten ausserhalb des Lumens, wie sie in den ersten Fällen geübt wurde, hat wegen Raum- und Lichtmangels zu grosse technische Schwierigkeiten. Vor Anlegung der letzten Nähte wurde zur Constatirung der vollständigen Durchgängigkeit des neugeschaffenen Lumens mit dem Finger eingegangen und hierauf die Vereinigung exact vollendet. Sodann erübrigte noch die Vernähung der durch die Ligirung der Netze in denselben entstandenen Lücken, die übrigens nur am grossen Netze ausgeführt ward. Nachdem nochmals die Wunde mit allem was darin zu Tage lag, gründlich mit carbolisirten Schwämmen gereinigt, wurde zur genauen Verschliessung der Bauchwunde vermittelst tiefen und oberflächlichen carbolisirten Seidenfäden geschritten und die Operation mit Anlegung eines Carbolgaze-Verbandes nach den Regeln der modernen Antisepsis beendigt. Dieselbe hatte gegen 2½ Stunden gedauert.

Nach der Operation erhielt Pat. ein erregendes Weinclysma und wurde, wie alle vorangegangenen Fälle, durch die ersten 3—4 Tage fast ausschliesslich per rectum stimulirt und er-

nährt. Vom 4. Tage ab erhielt sie alle Stunde 1 Esslöffel Eismilch per os.

Heute am 7. Tage nach der Operation befindet sich Pat. vollkommen wohl und hat während der ganzen Zeit normale Temperatur und normalen Puls gezeigt. Schmerzhaftigkeit im Bauche gleich 0.

PS. Die verhältnissmässig geringen technischen Schwierigkeiten dieser Operation, der bis jetzt recht gute Erfolg in einer anders unheilbaren Krankheit, lassen es als erwünscht erscheinen, dass man auch bei uns in Russland sofort es dem kühnen Prof. Billroth und seinen Schülern nachzumachen sich bestrebe. Ein Paar Versuche an der Leiche genügen vollkommen zur Aneignung der bezüglichen technischen Handgriffe bei sonstiger Fachkenntniss.

Für den Erfolg dürften aber meines Erachtens bis jetzt folgende 4 Factoren von grösster Wichtigkeit sein:

1) Die peinlichste Antisepis alles dessen was irgend mit der Operation in Beziehung kommt.

2) Günstiger Operationsfall. (Localisirtes Carcinom, keine Affection der anliegenden Organe).

3) Sorgfältigste Aushütung des P. vor Verkühlung während der langdauernden Operation, sowohl der Körperoberfläche als auch der reponirten Eingeweide. Daher hohe Zimmertemperatur über 20° R., Flanellbekleidung des Pat., beständiger Wechsel von Wärmetüchern.

4) Grösste Vorsicht in der Nachbehandlung resp. Ernährung.

Dr. J. von Gelstrom,
Privat-Docent der Universität Moskau.

Wien, den 14. April 1881.

Rückblicke auf die Entwickelung der operativen Gynäkologie.

Von
Dr. O. v. Grünewaldt.

(Schluss).

Ganz anders stellt sich die Aufgabe der Exstirpation bösartiger Neubildungen schon um desswillen, weil für diese Operation ein Arbeiten *ausserhalb* der erkrankten Gewebe eine conditio sine qua non ist. Es haben sich daher auch die bezüglichen Bestrebungen mit ganzer Energie darauf gerichtet, Verfahren zu erdenken, die mit grösster Sicherheit *Alles* Erkrankte entfernen. Schon lange hat die einfache Abtragung einer carcinomatös oder epitheliomatös entarteten Portio mittelst der Scheere oder des Messers anderen rationelleren Verfahrungsarten Platz gemacht, der galvanocaustischen Amputation und der trichterförmigen Excision des erkrankten Gewebes nach Hegar und Schröder, und endlich, wo diese Methoden nicht mehr hinreichen, der vollständigen Resection des Uterus per vaginam oder per Laparotomiam nach Freund, oder endlich, wo sich's um das selten vorkommende Carcinoma corporis uteri handelt mit noch intakter Portio, um die Resection des erkrankten Theiles durch die geöffneten Bauchdecken mit Erhaltung der Portio vaginalis. Es ist im einzelnen Falle nicht immer leicht zu entscheiden, welche Verfahrungsweise die meiste Bürgschaft gegen die Gefahr der Recidive bietet, weil auch die minutiöseste in der Narkose ausgeführte Untersuchung nicht mit Sicherheit festzustellen vermag, in wie weit die Uterusadnexa von der Neubildung invadirt sind, — und so wird gewiss aus mancher projectirten Trichterexcision eine vollständige Uterusexstirpation werden. Ich habe schon früher an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die gefährlichste aller dieser Operationsweisen, — die Freund'sche, — nur noch angezeigt bleibt für die Fälle, wo das Volumen des Uterus zu gross ist, um ein Herunterstülpen desselben unter dem Kreuzbein durch den durch das Scheidengewölbe und Peritonäum gemachten Schlitz in die Scheide zu gestatten.

Nach einer kürzlich von Osterloh gemachten Zusammenstellung hatten von 56 nach Freund's Methode operirten Frauen nur 12 dieselbe überstanden, und von diesen 6 Recidive bekommen; die Recidive sind natürlich bei den Radicaloperationen nicht so sehr von der Operationsmethode abhängig, als von der Verbreitung des Uebels im einzelnen Falle, — aber die Mortalität nach der Operation ist doch eine so grosse, dass, wo es irgend thunlich, ihr die Exstirpation per vaginam vorzuziehen ist.

Bei der supravaginalen Amputation des Uterus von der Bauchhöhle aus, sowie bei der Porro'schen Operation ist in neuester Zeit auch schon die intraperitonäale Behandlung des Stumpfes, d. h. seiner Ligirung, Vernähung seiner peritonäalen Ränder mit einander, und seine Versenkung mehrfach in Vorschlag gebracht und geübt worden. Die extraperitonäale Behandlung des Stieles, das Einnähen desselben in die Bauchwände und das Fixiren desselben in einem Drahtecraseur über und zwischen den Bauchdeckenwundrändern, hat in der That so viele Unbequemlichkeiten und Nachtheile im Gefolge, dass es sehr wünschenswerth wäre eine sichere Methode der introperitonäalen Behandlung zu erfinden. Ich kann nicht daran zweifeln, dass die bezüglichen Bestrebungen endlich von demselben Erfolge gekrönt sein werden wie die analogen Bemühungen in Betreff der Stielversorgung nach der Ovariotomie.

Zum Schluss m. H. erlauben Sie mir noch einige Worte über die Ovariotomie und die Castration.

Die Zahl der bisher gemachten Ovariotomien beläuft sich schon auf viele Tausende, und der eine Sp. Wells allein hat gegenwärtig schon über 1000 Mal operirt. Ehe die Operation sich das volle Bürgerrecht erwarb, gründeten sich die damals gewiss berechtigten Bedenken gegen dieselbe auf die noch recht bedeutende Mortalität der Operirten. Darin haben sich die Verhältnisse bedeutend verändert; nachdem zuerst M. Sims in einer allerdings nicht unanfechtbaren statistischen Zusammenstellung den Nachweis zu liefern suchte, dass die enorme Mehrzahl der verstorbenen Operirten an Sepsis zu Grunde gegangen ist, haben sich's alle Operateure energisch angelegen sein lassen, diesen Feind fern zu halten. Ich wüsste kein Gebiet der Chirurgie zu nennen, in welchem der Erfolg dieser Bestrebungen ein gleich glänzender gewesen wäre. Besonders hervorragend hat sich derselbe erwiesen bei den in Deutschland unter strengen antiseptischen Cautelen ausgeführten Ovariotomien: Schröder, Hegar, Olshausen, Winckel, Spiegelberg, Nussbaum, und noch viele Andere haben es bewiesen, dass diese schwere und lebensgefährliche Operation unter peinlicher Fernhaltung der Fäulnisserreger von dem Bauchfell mit relativ ganz geringen Sterblichkeitsprocenten ausgeübt werden kann, so dass die Resultate, die sie hatten, selbst denen der berühmten englischen Operateure Wells und Keith nicht nachstehen, — sie sogar noch übertreffen. Dabei ist in Betracht zu ziehen, dass von den gestorbenen Operirten viele an bösartigen Neubildungen litten, viele Operationen durch schwierige Complicationen, Blutungen, schwer zu bewältigende Adhäsionen u. s. w. besonders eingreifend waren, — d. h. durch Umstände, welche die Bedeutung einer im gewöhnlichen Leben sogen. force majeure haben. Es stellen sich die trotzdem gewonnenen Resultate in ein noch helleres Licht, und ermuthigen, auf der eingetretenen Bahn zuversichtlich fortzuschreiten. Bezeichnet doch ein jeder geheilte Fall die Rettung eines ohne Operation fast ausnahmslos absolut verlorenen Menschenlebens. Leider bleibt ohnehin die Zahl der nicht operirten Fälle noch bedeutend genug.

Die Castration wurde von Peasley, Battey, Hegar u. A. in Vorschlag gebracht für eine Reihe von verschiedenen Indicationen und hat namentlich auf der Versammlung der Naturforscher und Aerzte in Baden-Baden im Jahre 1879 zu lebhaften Discussionen Veranlassung gegeben. Während die Indication zur Ovariotomie eine directe indicatio vitalis ist, fehlt diese in der grossen Mehrzahl der Fälle der Castration; Hegar theilte die Indicationen für diese in 5 Gruppen: 1. Kleine Ovarialgeschwülste verschiedener Art, nicht grösser als eine Billardkugel. 2. Grössere Fibrome des Uterus. 3. Chronische Oophoritis. 4. Uterusinfarcte. 5. Chronische Perisalpingitis, Perioophoritis, chronisch recidivirende Entzündungen der Uterusanhänge etc. Im Ganzen hatte Hegar bis zum Tage seines Vortrages 42 Castrationen ausgeführt, mit einer Sterblichkeit von 16,6 pCt.; damals waren noch aus der Literatur bekannt 47 Fälle mit einer Mortalität von 32 pCt.

Die Beseitigung der consensuellen, von der chronischen Erkrankung der Ovarien und Uterusanhänge abhängig gedachten Beschwerden gelang zwar meistentheils durch die Operation, wenn auch nicht immer; der am sichersten zu erreichende Effect ist der anticipirte Climax, der unter 30 Mal 26 Mal eintrat, und insofern liegt es nahe die Blutungen, welche von einem nicht exstirpirbaren Uterusfibrom abhängig sind, auf diesem Wege zu bekämpfen; jedoch ist auch dieses Resultat, — nicht in allen Fällen erreicht worden, und es sind noch lange nicht alle Fragen klar gestellt, welche bei einer Besprechung der Indikationen der Castration in Betracht kommen; jedenfalls aber muss dieser Operation ihre Berechtigung für gewisse Fälle zugesprochen werden. Ihre Technik weicht besonders dadurch von der bei der Ovariotomie geübten ab, dass die Bauchdecken straff und gespannt sind, und dass das Auffinden und Fassen der Eierstöcke durch eine möglichst kleine Bauchwunde um so schwieriger werden muss, je mehr dieselben in, durch chronische Entzündungsprocesse, durch verschiedene Adhäsionen verfilztes Bindegewebe und Narbengewebe hinein gelagert sind. Naturgemäss muss die Operation meist eine beiderseitige sein. Hat man die Ovarien ein Mal gefasst, so kommt viel auf eine sorgfältige Unterbindung an, auf die Schröder das Hauptgewicht legt. Die Operation wird auch per vaginam gemacht, — in keinem Falle aber, wo die Ovarien nicht sicher bei der bimanuellen Untersuchung zu palpiren sind.

Referate.

Förster: Zur miasmatischen Verbreitung der Diphtherie. (Archiv f. Kinderheilk. 1881. Bd. 2.)

F. hat im Dresdener Kinderhospital folgende interessante Beobachtung gemacht: Am 18. November 1879 wurde in ein mit nicht infectiösen Kranken belegtes Zimmer ein Fall von Rachen- und Kehlkopfdiphtherie eingeschleppt und 2 Tage darauf, als die Krankheit erkannt worden war, wieder entfernt. Am 28. November erkrankte ein zweiter Knabe in demselben Zimmer an Diphtherie. Am 5. Dec. trat bei einem erst am 3. Dec. wegen Coxitis aufgenommenen und in dasselbe Zimmer gelegten Knaben eine diphtheritische Angina auf, welche wiederum zu sofortiger Isolirung Veranlassung gab. Wegen der kurzen Zeit des Hospitalaufenthaltes mag angenommen werden, dass hier die Ansteckung gleichfalls schon zu Hause erfolgt sei. Ohne neue Gelegenheit zur Infection von Aussen her traten jedoch in demselben Zimmer noch weitere Diphtheriefälle auf am 20. Jan. 1879, am 12. Juni, am 14. Aug., am 21. Aug., am 28 Dec. sodann am 21. Jan. 1880, am 1. Febr., am 16. März, am 25. März, am 9. Mai 1880. — Ausserdem kamen Diphtheriefälle in einem benachbarten Krankenzimmer noch vor: am 4. Febr. 1880, am 8. Mai, am 15. Mai, am 2. Juli. Alle Erkrankten wurden sogleich auf die betreffenden Isolirabtheilungen gebracht. Reinigung, Lüftung und sorgfältige Desinfection der Zimmer und Betten nach jeder diphtheritischen Erkrankung blieben ohne jeglichen Erfolg. Erst nachdem im Frühsommer 1880 die Dielen der betreffenden Krankenzimmer neu gefugt und die Spalten zwischen den Dielbrettern dadurch beseitigt worden waren, sind keine neuen Infectionen mehr vorgekommen. Es wird dadurch wahrscheinlich gemacht, dass das Diphteriegift, welches die continuirliche Reihe von Erkrankungen bewirkte, sich in den Dielspalten erhalten hatte, wo sich Staub und Unreinigkeit unvermeidlich festsetzen. F. macht darauf aufmerksam, dass diese Schmutzablagerungen im Kleinen jeden Tag dieselben Einflüsse erfahren wie innerhalb grösserer Zeiträume ein Boden, welchem wir nach Pettenhofer's Vorgang als ganz besonders geeignet zur Entwickelung eines Miasma betrachten: denn jene Fugen werden täglich durch das feuchte Aufwaschen unter Wasser gesetzt und trocknen während des Tages wieder aus. D—o.

Th. Gluck: Ueber Muskel- und Sehnenplastik. (Arch. f. klin. Chirurg. Bd. XXVI. Heft 1.)

Es ist dem Verf. gelungen, Muskelstücke mit und ohne Sehnen erfolgreich zu transplantiren. In der ersten Versuchsreihe falzte Verf. in einen c. 5-Markstückgrossen Fensterschnitt in den vereinigten Muskeln tensor fasciae latae u. caput long. bicipitis eines Huhnes ein entsprechend grosses Muskelstück eines Kaninchens und erzielte fast ausnahmslos Einheilung, sogar der Art, dass das überpflanzte Muskelstück bei Faradisation sich contrahirte. In einer zweiten Versuchsreihe entfernte Verf. c. zwei Drittel des M. gastrocnemius eines Huhnes und einen Theil der Achillessehne, fügte ein etwas grösseres Stück des entsprechenden Muskels von einem andern Huhn bei sorgfältiger Nahtanlegung ein und erzielte nicht nur reactionslose Einheilung, sondern auch das, dass das Huhn vierzig Tage nach der Operation ging wie jedes andere, und dass der eingefügte Muskel wie durch directe Biegung, so auch durch Faradisation vom N. ischiadicus aus zu energischen Contractionen gebracht wurde. Das implantirte Muskelstück hatte eine blassröthliche Farbe, die Muskelnarbe war an einer rinnenartigen Einsenkung kenntlich, die Achillessehne sah normal aus, nur die noch vorhandenen Seidenligaturen erinnerten an die gemachte Operation. T.

A. Dochmann (Kasan): Ueber die Wirkung und therapeutische Bedeutung einiger in den Handel kommenden Verdauungsfermente. (Tagesblatt d. Gesellschaft d. Aerzte Kasan's № 22.)

Die Präparate mit welchen Vf. Versuche vorgenommen, sind *Pepsin* und *Pankreatin*. Er kommt zu folgenden Schlussfolgerungen:

1) Die verschiedenen Arten des Pepsin, wie auch ein und dieselbe Pepsinart, wenn aus verschiedenen Magazinen genommen, zeigen eine *ungleiche Wirkung*.

2) Die bedeutendste fermentative Kraft fand Vf. beim *Pepsin-Witte* und bei dem aus der Universitätsapotheke bezogenen *russischen Pepsin*. Die schwächste Einwirkung auf Eiweiss wurde beim *Pepsinum granulatum* beobachtet.

3) Ein mässiger Zusatz von Rheinwein und guten Sorten Krimscher Woronzowscher Weine zu den Verdauungsproben, die aus hart gekochtem Hühnereiweiss bestanden, steigern die Wirkung des Pepsin. Desgleichen leichte Lösungen von Chinin, Ammoniak und Kochsalz.

4) Zusatz verschiedener Biersorten verlangsamt den Process der Peptonisirung, desgleichen Tabakinfuse, Bouillon und Tabaksrauch.

5) Der Gebrauch von Pepsin ist irrationell bei Dyspepsien, die durch Katarrh der Magenschleimhaut, durch constitutionelle Leiden oder durch Magenerweiterung bedingt sind, desgleichen bei nervösen Dyspepsien.

6) Ein Gemisch von Pepsin und Pankreatin wirkt schwächer als ersteres allein.

Während der in der Gesellschaft folgenden Discussion bemerkte Rjäsenzow, dass sich das Pepsin im Magen nicht selbstständig, sondern als mit anderen Stoffen verbunden vorfinde, und dass die Quantität des Pepsin bei der Magenverdauung keine besondere Rolle spielt. P.

Helene Idelson (Petersburg): Zur Frage über die Dauer der menschlichen Schwangerschaft. (Wratsch, №№ 1—4.)

Die Verfasserin hat das Material der unter Prof. Horwitz's Leitung stehenden Klinik benutzt, jedoch von 4370 Geburtsgeschichten nur 488 als verwerthbar gefunden, da in den übrigen die einzelnen Data fehlten. Nur diejenigen Fälle wurden benutzt, wo als Ausgangspunkt der letzte Tag der letzten Menstruation angegeben und die Reife der Frucht durch Gewicht, Länge und Kopfumfang erwiesen waren.

Nach kurzer Uebersicht der einschlägigen Literatur giebt Verf. eine tabellarische Uebersicht über die starken Schwankungen der Schwangerschaftsdauer bei verschiedenen Thieren, welche grosse Differenzen zeigt, so z. B. bei Kaninchen eine solche von nur 8 Tagen, bei Kühen dagegen von 168 Tagen. Eine andere Tabelle zeigt uns, dass auch bezüglich der menschlichen Schwangerschaftsdauer noch bedeutende Differenzen in den Annahmen existiren; während Hecker sie auf 62 Tage angiebt, nimmt Schlichting 98 Tage Unterschied zwischen Maximum und Minimum an. Die Durchschnittszahl für die Schwangerschaftsdauer schwankt bei 12 Autoren von 270—282 Tage.

Nach den Untersuchungen der Verf. ergiebt sich die Durchschnittsdauer von 278,8 Tagen (Minimum — 226, Maximum — 328, Differenz — 102 Tage).

Die Resultate der Arbeit werden in folgenden Schlüssen zusammengefasst:

1. Die Dauer beträgt 278,8 Tage oder annähernd 40 Wochen.
2. Das Geschlecht der Frucht hat Einfluss auf die Dauer der Gravidität, dieselbe dauert bei weiblichen Früchten länger.

3. Je schwerer die Frucht, desto länger die Schwangerschaftsdauer (?)
4. Bei Mehrgebärenden dauert die Schwangerschaft länger als bei Erstgebärenden.
5. Je jünger die Frau, desto länger die Dauer der Gravidität.
6. Bei verheiratheten Frauen dauert sie länger als bei unehelich Gebärenden.
7. Die Nägeli'sche Berechnungsmethode giebt keine der Wirklichkeit entsprechenden Zahlen.
8. Die erste Kindsbewegung tritt durchschnittlich am 135. Tage auf, bei Erstgebärenden jedoch später, als bei Mehrgebärenden.

P.

B. S. Schultze: Ueber den Mechanismus der spontanen Ausscheidung der Nachgeburt und über den Credéschen und den Dubliner Handgriff. (D. med. Woch. 1880, № 50.)

Der Verf. wendet sich gegen Credé's Behauptung, die Unrichtigkeit des von Ersterem geschilderten normalen Austreibungsmodus der Nachgeburt sei 1871 von Duncan erwiesen worden. Sich auf Beobachtungen von Lemser stützend, findet Schultze, dass der von ihm beschriebene Modus der Placentaraustreibung bei normalen Geburten ohne Kunsthülfe viel häufiger ist, als der von Duncan für normal gehaltene. (Bekanntlich lehrt Schultze, dass eine zwischen Uteruswand und Uterinfläche der Placenta erfolgende Blutansammlung in der Nachgeburtsperiode zur Lösung und Austreibung der Nachgeburt viel beiträgt, während Duncan nur ziemlich unblutige Nachgeburtsperioden als normal anerkennt und die Placenta bis zu ihrer Austreibung der Uteruswand dicht anliegen lässt.) Anders seien aber die Verhältnisse bei Anwendung des Dubliner Handgriffes, bei welcher die Darstellung von Duncan die häufiger zutreffende sei. Was das Credé'sche Austreibungsverfahren anbetrifft, so sei der erste Griff (Compression des Uterus) sehr zu empfehlen, der zweite Griff (Herabdrängen des Uterus in's Becken) hingegen sei nicht ungefährlich und dabei unnöthig. Den Dubliner Handgriff hält Schultze für angezeigt, wo mehrere Sachverständige die Geburt überwachen; derselbe sei nur von einem Arzte auszuüben, da die Hebamme auf andere Dinge zu achten habe. Durch den Dubliner Handgriff lasse sich die Blutung in der Nachgeburtsperiode sehr beschränken.

Rr.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

C. Flügge (Berlin): Lehrbuch der hygieinischen Untersuchungsmethoden. Veit u. Comp. Leipzig. 1881. 602 Seiten.

Da die Hygieine noch in den Kinderschuhen steckt, so ist es vor Allem wichtig, sich über die Untersuchungsmethoden zu einigen, was bis jetzt oft noch nicht gechehen und dadurch zu vielfachen Missverständnissen geführt hat. Um so anerkennenswerther ist die schwierige Arbeit, der sich Vf. unterzogen, indem er zum ersten Male ein Lehrbuch der hygieinischen Untersuchungsmethoden herausgegeben. In demselben finden nicht nur Aerzte, sondern auch Techniker, Chemiker und Sanitätsbeamte alles Wissenswerthe bezüglich der Art und Weise wie man hygieinischen Fragen gegenüberzutreten hat, welche Apparate zur Untersuchung angewandt werden müssen, genaue Beschreibung derselben, häufig mit Illustrationen und genaue Angabe wie sie gebraucht werden.

Luft, Boden, Wasser, Nahrung, Fermente und Umgebung des Menschen (Kleidung und Wohnung) werden eingehend besprochen und zum Schluss giebt Vf. noch 17 Tabellen, die bei Messungen etc. die Berechnungen erleichtern.

Am Ende eines jeden Capitels findet der Leser ein genaues Literaturverzeichniss für den betreffenden Gegenstand.

Wir können allen Collegen, namentlich aber den Hospitalärzten dieses Buch aufs Beste empfehlen und wird es hoffentlich bald als nothwendig anerkannt werden, dass dasselbe in jeder Hospitalbibliothek vorhanden sei.

Für den Fall, dass eine II. Auflage erscheint, möchten wir darauf hinweisen, dass es wünschenswerth wäre, das Capitel über Desinfection ein wenig eingehender auszuarbeiten und vermissen wir namentlich in demselben eine Erwähnung der Methode der Desinfection vermittelst Ozon, die neuerdings in Anregung gebracht worden ist.

Wie wir erfahren haben, steht bereits eine russische Uebersetzung dieses Buches in Aussicht.

P.

Revue de chirurgie. Première année № 1. Paris. 1881. Germer Baillure u. Comp.

Die bisherige, „*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*" hat mit dem Januar dieses Jahres eine Veränderung erlebt, indem sich die „Revue de chirurgie" von ihr losgesagt hat und nun als selbstständige Monatsschrift erscheint. Wir begrüssen mit Vergnügen die neue Collegin, die in sofern von Bedeutung, da sie das erste französische chirurgische Specialjournal ist; bisher existirte etwas derartiges in Frankreich merkwürdiger Weise nicht.

Die an der Spitze stehenden Namen der Leiter: Ollier u. Verneuil bürgen für den Werth des neuen Blattes; als Redacteure zeichnen Prof. Nicaise und Prof. Terrier.

Das Programm verspricht Orginalarbeiten, allgemeine kritische Besprechungen der neuesten Forschungen, Referate über alle wichtigen chirurgischen Arbeiten des In- und Auslandes und Berichte über die Sitzungen der wissenschaftlichen Vereine.

Der *Inhalt* des ersten Heftes besteht in 3 Orginalarbeiten: Verneuil über den Traumatismus (d. h. über den operativen Eingriff als Krankheitserreger); Nepveu über Neuritis in den Amputationsstümpfen und Le Dentu Tuberculosis der Mamma.

Das Capitel „Revue générale" bringt aus der Feder Bouilly's eine interessante Besprechung über den gegenwärtigen Stand der Enterektomie und Enterorrhaphie. Wir können dabei mit grosser Freude constatiren, dass nationale Vorurtheile dabei vollkommen bei Seite gelassen sind, was durch gründliche Benutzung der *deutschen* med. Literatur bewiesen wird. Auch die seiner Zeit in unserer Wochenschrift erschienene Arbeit von Prof. Wahl finden wir citirt.

In dem Abschnitte „Revue analytique" werden Arbeiten von Lücke und Lassen besprochen, sowie eine im „Wratsch" erschienene Abhandlung über Operationen beim herabhängenden Kopf. Wir können nicht umhin, hierbei auf eine Frage zurückkommen, die bereits in unserer Wochenschrift mehrfach erörtert worden und deren Folge durch ein vorliegendes Beispiel nur zu deutlich illustrirt wird. Der Autor wird „Guene" genannt und nur mit Mühe wird man darin den ursprünglichen Namen „Hehn" erkennen, wie doch wahrscheinlich der sich russisch „Генъ" schreibende Autor heisst. Wäre es nicht im Interesse der Autoren, wenn man, um derartige Metamorphosen der Namen zu vermeiden, neben dem russisch geschriebenen Namen, ihn in Klammern mit lateinischen Buchstaben wiederholt?[1]) Der Referent der „Revue" wird es uns wohl auch nicht übel nehmen, wenn wir ihm vorschlagen, statt „Wracht" unsere geehrte Collegin als „Wratch" zu bezeichnen.

Wenn die übrigen Hefte dem ersten entsprechen, wovon wir im voraus überzeugt sind, so werden wir wohl noch oft über die „Revue" zu referiren haben."

P.

Samuel: Compendium der allgemeinen Pathologie für Studirende und Aerzte. Ferd. Enke. Stuttgart. 1880.

In ziemlich gedrängter Kürze entwirft der Verfasser einen Grundriss der allgemeinen Pathologie nach dem heutigen Standpunkte dieser Wissenschaft. Die Fülle des in compendiöser Form verarbeiteten Stoffes macht es verständlich, dass die historische Seite wenig berücksichtigt und der Stand verschiedener noch nicht endgültig gelöster Fragen nicht eingehender wiedergegeben ist. Es handelt sich eben um eine Zusammenstellung der wichtigeren Ergebnisse der wissenschaftlichen Forschungen im gesammten Gebiete der pathologischen Physiologie mit Einschluss der Teratologie etc., womit der Gegenstand vollständiger behandelt worden ist, als das in den meisten bisher erschienenen Lehrbüchern der allgemeinen Pathologie geschah. Es lässt sich daher das vorliegende Werk dem Studirenden als auch dem Arzte wohl empfehlen, da es in bequemer Form die Resultate der neuesten Untersuchungen bietet. Druck und Papier sind gut. Abbildungen fehlen gänzlich.

Rr.

Leo Liebermann: Grundzüge der Chemie des Menschen. Für Aerzte und Studirende. Stuttgart. Enke. 1880. 240 S.

Verf. hat in diesem Werke die Chemie des Menschen in einer, von den bisherigen Lehrbüchern der physiologischen Chemie mehrfach abweichenden Art behandelt. Erstens hat er sich nach Möglichkeit auf die Chemie des Menschen beschränkt — und die vergleichende Chemie der Thiere nur so weit berücksichtigt, als sie bei dem Mangel directer Untersuchungen am Menschen maassgebende Anhaltspunkte für die Beurtheilung menschlicher Verhältnisse bietet. Zweitens hat er den Stoff auch äusserlich nicht in der üblichen Art angeordnet. Zunächst betrachtet er Ei und Sperma, als die Grundlagen des Organismus und die Elementarorganismen, die Alles enthalten, was zum Aufbau des Thierkörpers dient, in einem besonderen Abschnitte. Diesem Abschnitte folgt die Chemie der Gewebe, Organe, Secrete — nach entwickelungsgeschichtlichen Grundsätzen geordnet, als Chemie des äusseren, mittleren und inneren Keimblattes. Verf. will damit den Grund legen zu einer Chemie des Embryo in seinen verschiedenen Entwickelungsstadien — ein Beginnen, das unsere embryologischen und physiologischen Kenntnisse in mehr als einer Beziehung zu ergänzen und zu erweitern verspricht, wenn auch augenblicklich sehr viele Lücken, namentlich über die relativen Mengenverhältnisse, unausgefüllt sind.

Im nächsten Abschnitte folgen die flüssigen, festen, gasförmigen Excrete, so wie die Erörterungen über Stoffwechsel und Ernährung, und den Schluss bildet die detaillirtere Besprechung der einzelnen, im Organismus vorkommenden Stoffe. Verf. hat es verstanden, das Wesentliche in kurzen, klaren Zügen zu geben — und dabei noch auf pathologische Verhältnisse Rücksicht zu nehmen. Als Anhang giebt er noch eine Reihe von Tabellen über quantitative Verhältnisse, die «zuverlässigen, kritisch sichtenden Handbüchern und Autoren» entlehnt sind.

Wir können das Buch den Collegen auf's Angelegentlichste empfehlen!

H.

[1]) Falls er nicht russischen Ursprungs ist.

C. Störk: Sprechen und Singen. Zwei populäre Vorträge. Gross 8°. 48 Seiten. L. W. Seidel & Sohn. Wien 1881.

Im ersten Vortrage giebt der bekannte Laryngologe einen kurzen Abriss der Physiologie der Lautbildung und Articulation und eine Beschreibung der häufigsten Sprachstörungen (Stottern, sog. todte Sprache, sog. piepende Sprache, Tonblindheit). Den Schluss bilden geistreiche Aperçus über das Verhältniss von Stimme und Sprache zum Character des Menschen.

Der zweite Vortrag beschäftigt sich mit dem Gesange. Verf. misst demselben als dem besten Mittel zur Erhaltung des idealen Schwunges der heutigen all zu realistisch erzogenen Jugend eine grosse Wichtigkeit bei. Er wendet sich gegen die Methode des unisonen Chorgesanges, welcher heut' zu Tage in den Schulen geübt wird und der Ausbildung der Stimme, des Gehörs und der allgemeinen musikalischen Empfänglichkeit, gleich nachtheilig ist. Dagegen redet er einem methodischen Unterricht im Einzelgesange warm das Wort. Ferner bespricht er die Bedeutung des Kehlkopfspiegels im Dienste des Gesangunterrichtes und berührt damit ein dem Physiologen und Mediciner näher liegendes Gebiet. Die beim Singen wahrnehmbaren Veränderungen des Kehlkopfes, der «Ansatz» und die verschiedenen Einstellungen des Kehlkopfes bei den verschiedenen Stimmlagen (Brustton, Falsett) werden in populärer Form beschrieben und dadurch auch dem Verständniss des Gesanglehrers und Sängers von der physiologischen Seite her erschlossen. D—o.

Russische medicinische Literatur.

№ 81. **Wratsch. № 14.**
Inhalt: a) Prof. N. Sklifassowski: Ein Fall von Luxatio astragali completa.
b) Prof. P. Kowalewski: Ueber den Ortssinn bei Epileptikern.
c) J. Jochelson: Ueber die Behandlung von Geschwüren mittelst Martin'scher elastischer Binden.
d) G. Herzenstein: Das Militär-Sanitätswesen im türkischen Kriege. (Forts.)
e) Denissenko: Ueber Morbus Brightii.

№ 82. **Klinitscheskaja Gaseta № 14.**
Inhalt: a) W. Dobrowolski: Nekrolog des Prof. A. Iwanow (Kijew).
b) L. Stepanow: Ein Fall von croupöser Pneumonie.
c) W. Dobrowolski: Klinische Beobachtungen über Augenkrankheiten (Forts.): 5) Neuroretinitis in Folge Druckes einer Geschwulst der Thränendrüse auf den Sehnerven; 6) Aetzen der Conjunctiva mit Kali caustic. statt mit Lapis mitigat.
d) G. Rein: Kaiserschnitt oder Exstirpation des schwangeren Uterus?

№ 83. **Wratschebnija Wedomosti. № 13.**
Inhalt: a) Ssukatschew: Die Diphtheritis-Epidemie im Tschigirinschen Kreise (Schluss).

№ 84. **Westnik Wodoletschenija.** Aprilheft 1881.
Inhalt: a) Balneotherapie der Syphilis nach Valentiner.
b) N. G.: Das Schicksal der kaukasischen Mineralwässer.
c) D. Ssacharow: Die Mineralwässer von Ssergiewsk (Gouv. Ssamara).
d) W. Kossowski: Die Mineralwässer von Slawjansk. (Forts.)
e) P. Sklotowski: Klimatologische Mittheilung aus Kisslowodsk.
f) O. Petersen: Die Schwefelquelle bei Kischinew.

№ 85. S. Fialkowski: Ein Fall von papulösem Syphilid der Conjunctiva bulbi. (Separatabdruck aus dem Wratsch).

№ 86. **Sitzungsprotocolle der Jahresversammlung der Charkowschen medicin. Gesellschaft**

№ 87. **Beilage zu den Sitzungsprotocollen der Charkowschen med. Gesellschaft. 1880 № II.**
Inhalt: a) N. Sotschawa: Ueber die Behandlung des Gebärmutterkrebses mit Terpentin von Chios.
b) N. Andion: Ein Fall von incarcerirtem Leistenbruch.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztlichen Vereins.

Sitzung vom 17. November 1880.

1. Dr. Maydell legt zunächst den Rapport der Справочная Контора (Central-Bureau) vom 16. November c. vor, woraus hervorgeht, dass die Zahl aller Kranken in den Hospitälern in diesem Jahre am genannten Tage 5,138 beträgt, während sie an demselben Tage des vorigen Jahres 4,631 betrug: das ergiebt also ein Plus von c. 500 Kranken für dieses Jahr. Zugleich ist aber die Zahl der freien Plätze in diesem Jahr bedeutend höher; weil in diesem Jahr früher und mehr Extraplätze eröffnet sind. Die Aussichten für den kommenden Winter und Frühling sind sehr trübe, was die Sanitätsverhältnisse und die ausreichende Verpflegung der Kranken anlangt. Gegenwärtig herrscht noch keine Epidemie; man kann sich aber auf den Hungertyphus gefasst machen und im Februar, März und April dürfte die Zahl von 8,000 Betten erforderlich und vielleicht nicht einmal ausreichend erscheinen. Die Sanitätscommission hat beim Finanzminister um die Bewilligung von 200,000 Rbl. nachgesucht zur Unterhaltung temporärer Hospitäler, und wird die Summe wahrscheinlich erhalten, 100,000 Rbl. werden davon dem Попечительный Совѣтъ (Curatoren-Rath) übergeben werden. Der Vortragende bemerkt jedoch, dass das seit Jahren übliche Verfahren temporäre Hospitäler zu eröffnen ein durchaus irrationelles ist. Die Localitäten werden genommen, wo man sie findet und sind in hygieinischer Beziehung schlecht, die Wäsche muss neu angeschafft werden, das Personal, die Naturalverpflegung ist theurer als in den beständigen Hospitälern, die wissenschaftliche Exploitation der Kranken ist erschwert resp. unmöglich wegen Mangels aller Hülfsmittel. Und dennoch beruhigt sich dabei die communale Verwaltung. Im Mai hat der Vortragende den Vorschlag gemacht Baracken für 2,000 Kranke zu bauen und einzurichten. Die Sanitätscommission wollte dann die Unterhaltung tragen; denn es fehlt der Sanitätscommission nicht sowohl am Gelde zur Unterhaltung als an der Möglichkeit geeignete Locale und Einrichtung zu schaffen. Die Duma wird auch für 500 Kranke Baracken bauen; allein sie ist so zögernd vorgegangen, dass ihre Fertigstellung erst zum Mai zu erwarten ist.

2. Dr. Amburger hält einen Vortrag betitelt «zur Aetiologie des Scorbuts», der zum Druck bestimmt ist.

Dr. Herrmann bemerkt dazu, dass unter den verschiedenen Ursachen doch die hauptsächlichen in Kälte, Feuchtigkeit und schlechter und ungenügender Nahrung zu suchen seien. So geht der Scorbut in Irkutsk nie aus, so traten besonders viele und verzweifelte Fälle unter den Arbeitern auf, welche bei der Telegraphenlegung nach Warschau beschäftigt waren und notorisch in jeder Hinsicht schlecht verpflegt wurden. Aus Cassel ist ihm bekannt, dass dort Präparate von Rippenauftreibungen und Ablösungen aufbewahrt werden die aus den Kriegen Napoleon's I. herstammen. Seitdem sind dort diese Erscheinungen in Vergessenheit gerathen.

Hier am Ort sind, beiläufig bemerkt, die Rippenauftreibungen bekannt, seit Samson sie in Kronstadt beschrieben.

3. Dr. Lingen giebt den Monatsbericht über die Krankenbewegung im Marien-Magdalenen-Hospital für den September und October a. c. Der September war wie gewöhnlich günstiger an Krankenzahl und Mortalität, mehrere Tage gab es unbesetzte Betten und weniger Absagungen; die Mortalität betrug 8,2 %. Die Infectionskrankheiten betrugen 28,3 % der Gesammtzahl der Aufgenommenen; die Sterblichkeit der Infectionskranheiten 13 %, speciell des Typh. abdom. 15 %. Die Aufnahme der chronischen Kranken war unbedeutend, ausgenommen Intestinalcatarrhe mit 4 % der Gesammtzahl. Scorbut kam nicht mehr vor. Acute Affectionen der Respirationsorgane waren mässig vertreten. Aus der chirurgischen Abtheilung ist ein Fall erwähnenswerth. Pat. hatte auf der Brust 4 Stichwunden, darunter eine penetrirende erhalten, mit Emphysem der Haut, Bluterguss in den Thorax; der Fall endete dennoch mit Genesung. Die Gesammtzahl der Aufgenommenen betrug 300. Im October nahm der Zudrang zu; also nach den gewöhnlichen Erfahrungen zu früh. Dabei betrug das Verhältniss der Infectionskrankheiten nur 24,4 %. Die Sterblichkeit der Infectionskrankheiten betrug 15,2 %. 3 Typhöse starben unter Hinzutritt von Gangrän. Die Zahl der Pneumonien hatte sich verdreifacht, etwa 5 % der Gesammtzahl. Die Zahl der Phthisiker verdoppelt, 8,6 %. Es starben von diesen und den vom vorigen Monat Verbliebenen 14, das macht 20 % aller Todten. Ebensoviel Todte lieferten chronische Darmcatarrhe. Die Gesammtzahl aller Todten betrug 12,25 %. Ein Weib, im August vom Hunde gebissen, starb rapid an Hydrophobie. Es wurde nur Morph. subcutan angewandt. Erysipele sind oft vorgekommen, theils frisch eingetreten, theils aber auch auf der chirurgischen Abtheilung an Operationswunden, Brandwunden und Phlegmonen. Sie sind glücklich verlaufen bei Campher und Jodtinctur. Von Vergiftungen sind 3 Fälle beobachtet. Einer hatte Kali hypermanganicum getrunken, ein Zweiter Scheidewasser; einem Dritten war mit demselben Kopf und Gesicht begossen worden. Sie kamen mit dem Leben davon; der Zweite behielt eine Strictur des Oesophagus nach. Von 2 Herniotomien verlief eine glücklich, die andere tödtlich. Letztere betraf ein Weib, das nach 6tägiger Dauer der Incarceration einer Cruralhernie aufgenommen wurde. Es war ein kleiner Litterscher Bruch, an einem Rande fest adhärent, blauschwarz, mattglänzend. Es bildete sich eine Kothfistel und nach 5 Tagen Tod aus Inanition. Die Section zeigte die Dünndarmschlingen gebläht, den Dickdarm contrahirt. Durch die Verwachsung des Dünndarms und der Bauchwand war die entsprechende Mesenterialfalte zu einem Strange ausgezogen, um den sich die Ileumschlinge herumgeschlagen hatte. Die incarcerirte Schlinge war mehrfach perforirt. Es starb ferner ein Mann mit complicirter Fractur beider Unterschenkel, der von der Pferdebahn im betrunkenem Zustande überfahren worden war. Am rechten Unterschenkel war die Verletzung der Weichtheile gering und verheilte glücklich. Der linke Unterschenkel war im unteren Drittheile zertrümmert; es trat Necrose der Weichtheile und profuse Eiterung ein; zollange Knochenfragmente der Tibia und Fibula wurden entfernt, doch war alle Hoffnung zur Erhaltung des Gliedes vorhanden, als er plötzlich in der 5. Woche in furibunde Delirien verfiel, die einen alcoholischen Charakter hatten, zuletzt in Sopor übergingen und nach 8 Tagen zum Tode führten. Die Section ergab venöse Blutstauung und Oedem

der Hirnhäute; gar keine Erscheinungen, die auf Septicaemie hätten deuten können.

4. Dr. Herrmann fordert die Hospitalärzte auf das Pilocarpinum muriaticum gegen Urämie zu versuchen.

z. Z. Director Dr. Herrmann.
Secretär Dr. Tiling.

Sitzung vom 1. December 1880.

1. Dr. Albrecht hält einen Vortrag über die Entwickelung der Spirillen, der zum Druck bestimmt ist. Dr. Tilng.

Tagesereignisse.

— Am 5. April c. verstarb hierselbst Dr. Johann Dellewie am Typhus exanthematicus. D. war in St. Petersburg geboren und erzogen und hatte seine medicinischen Studien in Dorpat gemacht, nach deren Absolvirung er sich als Arzt in St. Petersburg niederliess.

— In der letzten Sitzung der hiesigen pharmaceutischen Gesellschaft ist der bisherige Director derselben, Mag. pharm. J. Martenson, einstimmig wiedergewählt und zum Sekretär Dr. phil. A. Poehl neu gewählt worden.

— In Berlin ist Professor Dr. L. Waldenburg nach kurzem Krankenlager im kaum vollendeten 44. Lebensjahre an Pneumonie gestorben. Waldenburg gehörte zu den hervorragendsten Vorkämpfern der modernen, auf naturwissenschaftlichen Grundlagen sich aufbauenden inneren Medicin und zwar waren es vorzugsweise die Lungen-, Herz- und Kehlkopfkrankheiten, deren Behandlung er auf möglichst physikalische Grundlagen zurückzuführen suchte. Auf diesem Gebiete war es, wo W. grosse wissenschaftliche und zugleich praktische Erfolge durch seine nach physikalischen Voraussetzungen ersonnene Heilmethode für eine ganze Reihe von Erkrankungsformen der Athmungsorgane erzielte. Durch den von ihm ersonnenen Einathmungsapparat ist sein Name in der ganzen civilisirten Welt bekannt geworden. Ausser zahlreichen anderen Arbeiten hat er ein umfassendes Werk über ‹Tuberculose, Lungenschwindsucht und Scrophulose› geschrieben. Ausserdem war er als Redacteur der ‹Berliner klinischen Wochenschrift› thätig, welche zu den verbreitetsten deutschen medicinischen Blättern gehört. Noch in den beiden letzten vor dem Hinscheiden Waldenburgs erschienenen Nummern der klinischen Wochenschrift findet sich aus seiner Feder eine gediegene laryngologische Studie, in welcher die drei bedeutendsten Werke über Larynxkrankheiten — von Mackenzie, Störk und Rauchfuss — kritisch besprochen werden.

— Zum ausserordentlichen Professor für den seit längerer Zeit vacanten Lehrstuhl der Ophthalmologie in Kijew ist der Privatdocent Dr. A. Chodin gewählt worden.

— Privatdocent Dr. C. Ewald in Berlin ist zum ausserord. Professor in der medicinischen Facultät der Universität Berlin ernannt worden.

Miscellen.

— Die Gegner der Vivisection in England sind durch die Lord Carnarvon Bill durchaus noch nicht befriedigt, denn neuerdings ist durch *Sir Eardley-Wilmot* eine *neue Antivivisectionsbill* im englischen Parlament eingebracht worden, durch welche jedes Experiment an einem lebenden Wirbelthiere (die wirbellosen Thiere sind ausgeschlossen) verboten werden soll. Für den Uebertretungsfall ist eine Geldstrafe von 50—100 Pfund St. oder Gefängnisshaft bis zu drei Monaten festgesetzt. Es lässt sich aber wohl kaum annehmen, dass diese Bill im Parlament angenommen werden wird.

— Der bekannte Diplomfabrikant John Buchanan, früher Decan des Eclectic med. College in Philadelphia und American University von Pensylvanien ist wegen Betruges zu einer Geldstrafe von 500 Dollars, 10 Monate Gefängnisshaft und zur Zahlung der Gerichtskosten verurtheilt worden. Wie aus Amerika gemeldet wird, soll übrigens der Schwindel mit dem Verkauf von Doctordiplomen dort noch nicht aufgehört haben. Unter dem Namen ‹Levingstone University of Amerika› ist in Charlestown (West-Virginien) von Freunden des verhafteten Buchanan eine neue Doctorenfabrik eingerichtet worden — auf Grund eines Freibriefes, der von der Staatsregierung von Virginien bereits im Jahre 1874 verlangt worden war. Die Aerzte West-Virginiens haben aber bereits Schritte gethan, um bei der Staatsregierung eine Widerrufung des Freibriefes und eine Bestrafung des Schachers mit Doctordiplomen zu erlangen.

— Der 17. Februar c. war der Geburtstag des Erfinders des Stethoskops, René Laennec's, Prof. am Collège de France in Paris. Eine ausführliche Besprechung dieses Instrumentes und der Krankheiten, in denen es angewandt wird, gab L. in seinem Hauptwerke: ‹Traité de l'auscultation médiate.›

Personal-Nachrichten.

Amtliche.

— *Befördert*: *Zum Staatsrath*: Der ältere Ord. des Militärhospitals zu Ssimferopol, Böthlingk; der ält. Arzt des 53. Infanterie-Regiments, Tschernjawski; der ält. Arzt des Kreises von Kasikumuch im Daghestan-Gebiet, Rymscha, unter gleichzeitiger wegen Krankheit erfolgter Entlassung aus dem Dienst, mit Uniform und der ält. Arzt des 28. Reserve-Inf.-Batailllons, Poradnja, unter gleichzeitiger, wegen Krankheit erfolgter Entlassung aus dem Dienst, mit Uniform.

— *Uebergeführt*: Der Ord. der chirurg. Facultätsklinik der Kaiserlichen Universität Kasan, Wassiljew — in die Bezirks-Militär-Medicinalverwaltung des Kaukasischen Militärbezirks, als Arzt zu Commandozwecken.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 5. April 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	950	352	1302
Alexander- «	749	162	911
Kalinkin- «	—	523	523
Peter-Paul- «	380	165	545
St. Marien-Magdalenen-Hospital	166	73	239
Marien-Hospital	286	484	770
Ausserstädtisches Hospital	544	151	695
Roshdestwensky-Hospital	51	34	85
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	330	156	486
5 zeitw. Hospitäler	640	134	774
Ausschlags-Hospital	12	16	28
Summa der Civilhospitäler	4108	2250	6358
Nikolai-Kinder-Hospital	42	52	94
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	82	97	179
Elisabeth-Kinder-Hospital	39	35	74
Summa der Kinderhospitäler	163	184	347
Nicolai-Militär-Hospital	684	18	702
Ssemenow'sches Militär-Hospital	278	—	278
Kalinkin-Marine-Hospital	261	—	261
Gesammt-Summa	5494	2452	7946
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	1356	442	1798
Scarlatina	26	38	64
Variola	2	6	8
Venerische Krankheiten	712	520	1232

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 29. März bis 5. April 1881 besucht von 2222 Kranken, darunter zum ersten Mal von 998.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs

für die Woche vom 22. bis 28. März 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene): 809 (Todtgeborene 24). Mortalität der Woche für das Jahr berechnet 62 p. M.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
509	300	809	116	38	93	11	23	50	127	109	87	69	41	26	8	11

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 49, Typh. abd. 56, Febris recurrens 23, Typhus ohne Bestimmung der Form 16, Pocken 10, Masern 1, Scharlach 7, Diphtheritis 11, Croup 4, Keuchhusten 1, Puerperalkrankheiten 7, Dyssenterie 4, Thiergift 2.

— Gehirnapoplexie 13, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 44, acute Entzündung d. Athmungsorgane 100, Lungenschwindsucht 155, Gastro-intestinal-Krankheiten 113, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 44, Marasmus senilis 29, Krankheiten des Gehirns 11, Krankheiten der Lungen 8, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 19, Krankheiten der Bauchorgane 17, Cachexia 20.

— Tod durch Zufall 7, Selbstmord 4.

— Andere Ursachen 34.

Nächste Sitzung des allgem. Vereins St. Petersburger Aerzte, Dienstag den 21. April 1881.

Nächste Sitzung d. deutschen ärztlichen Vereins, Montag den 20. April 1881.

Verlag von **August Hirschwald** in **Berlin.**

Soeben erschien: 42 (1)

F. L. Sonnenschein's Handbuch der gerichtlichen Chemie.

Neu bearbeitet von Prof. Dr. A. Classen.

Zweite umgearbeitete Auflage.

1881. gr. 8. Mit 58 Holzschn. und 1 Tafel. 14 M.

Im Verlage von **Ambr. Abel** in **Leipzig** ist erschienen und durch jede Buchhandlung zu beziehen:

Principien und Praxis der GYNÄKOLOGIE

von

Thomas Addis Emmet,

Arzt am Frauen-Spital des Staates New-York.

Nach der zweiten Auflage des Originals deutsch herausgegeben von **Dr. C. G. Rothe,** prakt. Arzt in Altenburg.

XVI und 576 Seiten gr. 8° gebunden. Preis n. 18 Mark.

Nachdem in **Barker's Puerperalkrankheiten** den deutschen Fachgenossen die medicinische Schule der amerikanischen Gynäkologie vorgeführt wurde, soll Emmet's Werk einen Einblick in die selbständige nicht selten eigenartige Entwickelung der gynäkologischen Chirurgie in Amerika gewähren, als deren Hauptrepräsentant der Verfasser neben Sims, Thomas, Bozeman, Skene, Goodell u. A. anerkannt ist.

Die Spannung, mit welcher man in Amerika selbst dem Erscheinen des Werkes entgegensah, sowie die Nothwendigkeit zweier Doppelauflagen binnen Jahresfrist sprechen für die epochemachende Bedeutung des Buches. 44 (1)

Verlag von **August Hirschwald** in **Berlin.**

Soeben erschien:

Jahrbuch für practische Aerzte.

Unter Mitwirkung von Fachgelehrten

herausgegeben von

Dr. Paul Guttmann.

4. Band. 1. Abtheilung.

Preis des Jahrganges (drei Abtheilungen) 17 M.

Das Jahrbuch giebt in Berichten, welche dem Bedürfnisse der ärztlichen Praxis allein Rechnung tragen, eine vollständige Uebersicht über die wichtigeren Leistungen in der Medicin.

Bestellungen auf das Jahrbuch nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten an. 50 (1)

Die

Dr. Kreyser'sche Wasserheilanstalt

vormals im Demidow-Pereulok, befindet sich jetzt

Michaelplatz № 15, nächst der Passage

und steht unter Leitung von

Dr. J. Fränkl 11 (40)

früher Assistent bei Prof. Winternitz und leitender Arzt der Wasserheilanstalt Priessnitzthal bei Wien. Die Anstalt ist von 8 Uhr Morg. bis 6 Uhr Abends geöffnet — für Damen von 12 bis 2 Uhr. Daselbst Zimmer für Kranke.

Curanstalt für Nervenkranke

46 **in Blankenburg am Harz.** (6)

Dr. O. Müller und Dr. P. Rehm.

Prämiirt Lyon 1872, Wien 1873, Paris 1878 Silb. Medaille.

Saxlehner's Bitterquelle

Hunyadi János

durch **Liebig, Bunsen, Fresenius** analysirt, sowie erprobt und geschätzt von medizinischen Autoritäten, wie Botkin, Zdekauer, Bamberger, Virchow, Hirsch, Spiegelberg, Scanzoni, Buhl, Nussbaum, Esmarch, Kussmaul, Friedreich, Schultze, Ebstein, Wunderlich etc. verdient mit Recht als das

Vorzüglichste und Wirksamste aller Bitterwässer

empfohlen zu werden. — Niederlagen sind in allen soliden Mineralwasserhandlungen und den meisten Apotheken, doch wird gebeten stets ausdrücklich **Saxlehner's Bitterwasser** zu verlangen. 31 (25)

Der Besitzer: **Andreas Saxlehner, Budapest.**

Saison-Dauer Mai bis Octob. **Bad Reichenhall** Officielle Eröffnung 15. Mai.

49 (4) Der größte deutsche klimatische Kurort inmitten der bair. Hochalpen. Soole-, Mutterlaugen- und Fichtennadel-Extract-Bäder, Ziegenmolke, Kuhmilch, Alpenkräutersäfte, alle Mineralwässer in frischen Füllungen, großer pneumat. Apparat, Inhalationssäle, Gradirwerke, Soolefontaine, Heilgymnastik. Ausgedehnte Parkanlagen mit gedeckten Wandelbahnen, nahe Nadelwälder und schattige Promenaden nach allen Richtungen. — Täglich 2 Concerte der Curcapelle, Lesecabinette. Eisenbahn- und Telegraphen-Station. Ausführliche Prospecte durch das kgl. Bade-Commissariat.

Kaiserl. und königl. Allerh. Anerkennung.

Goldene Medaille Paris 1878.

Curort Gleichenberg

in Steiermark.

Eine Fahrstunde von d. Station Feldbach d. ung. Westbahn.

Beginn der Saison 1. Mai.

Beginn der Traubencur Anfangs September.

Alkalisch-muriatische und Eisensäuerlinge, Ziegenmolke, Milch, Fichtennadel- und Quellsoolzerstäubungs-Inhalationen, kohlensaure Bäder, Stahlbäder, Süsswasserbäder, Fichtennadelbäder, kaltes Vollbad mit Einrichtung zu Kaltwassercuren.

Johannisbrunnen

bei Gleichenberg

Vorzüglichstes und gesundestes Erfrischungsgetränk; sein grosser Gehalt an freier Kohlensäure, seine zur Förderung der Verdauung genügende Menge von doppelt kohlensaurem Natron und Kochsalz, sowie der Mangel an den Magen beschwerenden Kalkverbindungen machen den Johannisbrunnen ganz besonders empfehlenswerth bei Magen- und Blasenleiden. 48 (10)

Zu beziehen durch alle grösseren Mineralwasserhandlungen.

Anfragen und Bestellungen von Wagen, Wohnungen und Mineralwässern **bei der Brunnen-Direction in Gleichenberg** oder bei der von der Direction neu errichteten Niederlage in Wien I. Wallfischgasse № 8. Ctrl. Msk. 11239.

---

chez Mrs. Stoll & Schmidt, Societé pharmaceutique commerciale russe, H. Klos & Co.

15 (10)

VICHY

Direction: Paris, 22, boulevard Montmartre.

GRAND-GRILLE. Gegen lympathische Neigungen, schlechte Verdauung, Verstopfung der Leber, der Milz, des Leibes, Steinkrankheit u. s. w.

HOPITAL. Gegen Verdauungsbeschwerden, Magenbeschwerden, Appetitlosigkeit, Magenschmerzen u. s. w.

CÉLESTINS. Gegen Kreuzschmerzen, Blasenleiden, Steinkrankheit, Podagra, Appetitlosigkeit u. s. w.

HAUTERIVE. Gegen Kreuzschmerzen, Blasenleiden, Steinkrankheit, Podagra, Appetitlosigkeit u. s. w. — Man fordere die Bezeichnung der Quelle auf der Schachtel.

En vente à St. Pétersbourg:

chez Mrs. Stoll & Schmidt, Societé pharmaceutique commerciale russe, H. Klos & Co.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 10 Апрѣля 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh., Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

ST. PETERSBURGER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg,
Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 16. St. Petersburg, 18. (30.) April. 1881.

Ein Fall von Empyema duplex.

Von
Dr. P. Hampeln
in Riga.

Folgendes Beispiel eines diagnostischen, das Brust-Empyem betreffenden Irrthums sehe ich mich besonders deshalb mitzutheilen veranlasst, weil trotz der reichen Casuistik dieser Krankheitsspecies, ich erinnere an die Arbeiten von Krause, Anderl, Kussmaul, Bartels, Ewald, Lebert etc., mir ein ähnlicher Fall nicht bekannt ist und ebensowenig in den Lehrbüchern Berücksichtigung gefunden hat. Möge darum die Veröffentlichung dieses Falles einerseits zur Vervollständigung der Nosologie dienen, andererseits als Warnungszeichen, um ähnlichen Irrthümern vorbeugen.

Es handelte sich nämlich, wie ich gleich vorausschicken will, um eine chronische, idiopathische, eitrige Pleuritis beider Brusthälften bei fast völlig normaler Körperbeschaffenheit, deren Beschreibung hier folgt.

Martin Gutmann, 31 J. alt, gelangte am 26. November 1880 ins Krankenhaus. Die Anamnese ergab, dass er seit Mitte Juni a. c. an Husten und Auswurf leide, namentlich Nachts von heftigem, mit Erbrechen verbundenem Husten gequält sei. Keine Hämoptoë. Keine nächtlichen Schweisse. Eine acute Erkrankung sei nicht vorausgegangen, an Schmerzen habe er nicht gelitten. Verdauung normal. Vater aus unbekannter Veranlassung todt, Mutter lebend und gesund.

Patient ist von mittlerem Wuchs und Ernährungszustand, anämisch. Temperatur normal. Puls gleich- und regelmässig, weich, 84 i. d. M. Er klagt zur Zeit über Schwäche, Husten, Schmerzen in der Brust links vorne.

Der Thorax erscheint links etwas flacher und weniger beweglich als rechts. Die Percussion der Lungen ergiebt innerhalb normaler oberer und unterer Grenzen vollen Schall, die Auscultation normales Vesiculärathmen, dem aber in der linken Lungenspitze feinblasige Rasselgeräusche beigesellt sind. Die *Herzdämpfung* ist im Ganzen breiter als normal und überschreitet etwas den rechten Sternalrand. Herzstoss nur im Stehen an der Spitze, im 5. ICR, etwas nach aussen von der Mamilla zu fühlen. Längs der linken Lungen-Herzgrenze sind laute, schabende Reibungsgeräusche vernehmbar, synchron mit den Herzbewegungen, stärker während der Exspiration, schwächer während der Inspiration. Sie verdecken die Herztöne, welche schwach aber rein erscheinen.

Unterleib etwas aufgetrieben und gespannt. Der untere Leberrand reicht fast bis zur horizontalen Nabellinie. Obere Lebergrenze normal. Das Organ ist bei Druck empfindlich, glatt, nicht hart anzufühlen. Im Uebrigen der Befund normal. Harn von normaler Quantität.

Diagnose: chronische Bronchopneumonie. Secundäre fibrinöse Pericarditis. Fettleber.

Der *Verlauf* der Erkrankung war weiter folgender. Zunächst sei der Gang der Temperatur erledigt. Es bestand bis zum 24. Dec. eine leichte Febr. hectica mit normaler Morgentemp. (36,7—37,0° C.) und etwas erhöhter Abendtemp. (37,6°; 38,0—38,5°). Vom 24. Dec. bis zum 5. Jan. 1881 war auch Morgens die Temp. erhöht (38,0—38,3°) und Abends entsprechend gesteigert (38,7—39,5°). Am 6 Jan. wurde die Radicaloperation eines unterdessen entstandenen Empyem's vollzogen, darnach waren die Morgentemperaturen wieder meist normal, die Abendtemperaturen aber immer erhöht (38,3—38,6°).

Was nun die übrigen Krankheitserscheinungen betrifft, so waren in den nächsten 14 Tagen nach der Aufnahme die pericarditischen Geräusche vollständig geschwunden und war die Herzdämpfung zurückgegangen. Dagegen wurde nach Ablauf derselben Frist, also am 10. Dec. ein Exsudat in der linken Pleurahöhle nachgewiesen, dessen obere Grenze von der 7. Rippe in der vorderen Axillarlinie schräg zum Angulus scap. aufstieg. Patient klagte nun über heftige

Schmerzen in der ganzen linken Brusthälfte und Athemnoth. Der Husten war heftig, von reichlichem, eitrigem Auswurf gefolgt. Harnmenge sehr gering. Nach weiteren 25 Tagen, also am 5. Jan. 1881, nachdem Patient sich leidlich wohl gefühlt hatte, hatte das Exsudat vorne in der vorderen Axillarlinie die 6. Rippe, hinten die Mitte der Scapula erreicht. Der halbmondförmige Raum war gedämpft. Eine Probepunction im 6. ICR. vorne ergab eine eitrig-seröse, sehr übelriechende Flüssigkeit als Inhalt der Pleurahöhle.

Am 6. Januar c. a. wurde die linke Pleurahöhle nach partieller Resection der 7. Rippe in der Axillarlinie eröffnet. Es entleerten sich c. 2000 CC. dicken, übelriechenden Eiters. Ausspülung mit 2 pCt. Carbolsäurelösung. In den nächsten 8 Tagen subjectives Wohlbefinden, keine Schmerzen, freies Athmen, kein Husten, guter Appetit, normaler Stuhl. Normaler Wundverlauf, dennoch auffallender Weise abendlich Fieber. Am 16. Jan., 10 Tage nach der Operation erschien der Kranke viel schlechter. Es hatte sich wieder heftiger Husten und Auswurf, dem mitunter geringe Blutspuren beigemengt waren, eingestellt. Zunehmende Schwäche, hochgradige Anämie, beginnender Hydrops, nächtliche Schweisse. Trotzdem sich die Empyemhöhle rasch verkleinert, die Fistel sehr gut functionirt, nimmt die Schwäche immer mehr zu, bis am 8. Februar a. c. der Tod erfolgte.

Die am 9. Februar vollzogene Obduction der Rumpfhöhlen ergab Folgendes:

1. *Linke Lunge* bis auf geringes Oedem ganz normal, durchweg mit der Brustwand und in normaler Ausdehnung verwachsen. Die Thoraxfistel führt in eine kleine, von einer derben Membran ausgekleidete etwa ℥jj—℥jjj fassende Höhle.

2. *Rechte* Lunge gleichfalls ödematös, hinten unten comprimirt. Sie ist gleichfalls mit der Thoraxwand fest verwachsen und zwar in normaler Ausdehnung. Die untere Grenze ist an der inneren Thoraxfläche durch einen derben, fibrösen Leisten marquirt, welcher folgende Puncte mit einander verbindet: in der Mamillarlinie den oberen Rand der 6. Rippe, in der Axillarlinie die 7. und neben der Wirbelsäule die 9. Rippe. Hingegen ist die Pl. diaphragmatica und pulmonalis im hinteren Abschnitt durch ein eitriges Exsudat von einander geschieden, welches die Leber tief herab- und die untere Lungenfläche hinaufgedrängt hat. Die Menge des guten, dicken Eiters betrug ca. 2000 Cub. C.

3. Der *Herzbeutel* ist in toto mit dem Herzen verwachsen, besonders fest an der vorderen Fläche der Herzspitze (nebenbei gesagt, eine Stelle, an welcher relativ häufig Adhäsionen gefunden werden). Herz und grosse Gefässe normal.

4. Peritonäum, Netz und Mesenterium normal, desgl. Magen und Darm.

5. Leber, 25 Cm. lang, 12 breit, 9,5 dick, von normaler Consistenz. Cyanotische Muskatnussleber.

6. Milz, 16 Cm. lang, 9 breit, 5,5 dick, derb, dunkel braunroth.

6. Linke Niere 19 Cm. lang, 8 breit, 5 dick.
Rechte Niere 12 » » 8 » 4 »
Beide hyperämisch. Stauungsniere.
An keinem Organ Amyloidreaction nachweisbar.

Epikrise. Die bestimmten subjectiven Klagen sowol als der objective Krankheitsbefund bestimmten die zu Anfang gestellte Diagnose, welche nachher, nach 14 Tagen, durch den Nachweis eines sich auch im subjectiven Befinden des Kranken manifestirenden pleuritischen Exsudats linkerseits eine Erweiterung erfuhr. Die Leber wurde wegen der normalen oberen Grenze nicht für herabgedrängt, sondern vergrössert gehalten.

Die Obduction lehrte einen anderen Zusammenhang der Erscheinungen, als der präsumirten. Freilich hatte es mit der Pericarditis und dem Empyem links seine Richtigkeit, aber die Lungen waren normal, die Leber war nur herabgedrängt durch ein Empyem der rechten Seite. Ich glaube nicht zu irren, wenn ich den Causalnexus der verschiedenen durch die Obduction constatirten Krankheitsphasen nachträglich folgendermassen construire: Pat. hatte im Sommer a. p. eine schleichende, chronische Pleuritis der *rechten* Seite, die zur Bildung eines abgesackten Empyems daselbst führte. Das Fehlen darauf hindeutender subjectiver Klagen spricht durchaus nicht gegen diese Annahme. Weiterhin kam es dann zu einer secundären Pericarditis und endlich Pleuritis der linken Seite. Eine rechtzeitig vorgenommene Radicaloperation an der rechten Seite hätte vermuthlich zu einer raschen Genesung geführt. Späterhin hätte allein eine doppelseitige Radicaloperation die Genesung bewirken können.

Referate.

Seemann: Pilocarpinum muriat. gegen Wassersucht bei Nephritis scarlatinosa. (Z. f. kl. Med. II, 3).

S. hat bei 9 Kindern mit Nephr. scarlat. Pilocarpininjectionen angewandt; 5 Fälle verliefen ohne Zwischenfall nach 2—3 Injectionen von 0,005—0,01 günstig, die übrigen 4 Fälle zeigten üble Zufälle.

1) 8-jähriger Knabe; — Hydrops hochgradig; nach den ersten 3 Injectionen Besserung, nach der 4. Catarrhal. Pneumonie beiderseits h. u.; — unter hydropath. Einwicklung Genesung.

2) 7-jähriger Knabe; starker Hydrops, beiderseitiger mässiger Hydrothorax. Nach 2 Injectionen Verminderung des Hydrops und ein heftiger Anfall von urämischen Convulsionen mit Verlust des Bewusstseins durch 1½ Tage. Langsame Genesung.

3) 3-jähriger Knabe; Eiweiss im Urin vom Beginn der Scarlatina an, mässige Oedeme. Nach der 2. Pilocarpininjection heftige Bronchitis, die langsam nachlässt, 14 Tage später nach einer 3. Injection erneuter heftiger Bronchialcatarrh. Sehr protrahirte Convalescenz.

4) 9-jähriges Mädchen; starker Hydrops; am 18. Tage erste Pilocarpininjection mit gutem Erfolg, am 20. nach der 2. linkseitige Pneumonie, die sich in 5 Tagen löste. Da der Hydrops von Neuem stieg wurde am 30. Tage eine 3. Injection gemacht, wonach Besserung, aber 3 Tage später Pneumorrhagie mit tödtlichem Ausgang.

S. führt die beobachteten üblen Zufälle auf die physiolog. Wirkung des Pilocarpin zurück und kommt zu dem Schluss, dass das Mittel zwar oft noch wirksam und lebensrettend ist, wenn alles andere versagt, — dass man aber die Injectionen nicht zu oft wiederholen solle, sobald Besserung eintritt, sei zu anderen Mitteln überzugehen. Besonders aufmerksam sind die Respirationsorgane zu überwachen. —o—

G. Born: Experimentelle Untersuchungen über die Entstehung der Geschlechtsunterschiede. (Breslauer ärztl. Zeitschrift. 1881.)

Die Versuche, die Entstehung der Geschlechter zu erklären, sind schon sehr alt; eine grosse Zahl von einander oft direct widersprechenden Ansichten ist ausgesprochen worden — alle sind nur mehr Vermuthungen, einigermassen sicher begründet ist keine zu nennen. Bei dieser Sachlage kann nur das Experiment entscheiden, und es ist zu verwundern, dass die Versuche von Thury u. Conte, die in dieser Hinsicht angestellt wurden, keine Nachahmer gefunden haben.

Aus theoretischen Gründen hat Born die höheren Wirbelthierklassen einstweilen unberücksichtigt gelassen, hauptsächlich weil bei ihnen der Moment der Befruchtung sich der Beobachtung entzieht; er wandte sich daher an Frösche, bei denen sich nach den Vorschriften des alten Spallanzani die künstliche Befruchtung leicht und sicher ausführen lässt, deren Junge sich ausserdem leicht

züchten lassen. Nach der Beschreibung der angewendeten Methode werden die Versuchsbedingungen geschildert; alle künstlich befruchteten Eier werden in verschiedene Aquarien vertheilt, von denen 14 sich in einem kühlen Saale vor Fenstern befanden; sie enthielten verschiedene Wasserpflanzen, sandigen Grund und constant durchlüftetes Wasser aus der Oder; die übrigen Aquarien (7), ebenso besetzt, standen im Freien auf einem Rasenplatze; als Futter wurde in den meisten Aquarien vorzugsweise Fleischnahrung gereicht, in vier fast ausschliesslich Pflanzennahrung gegeben. Beides ist jedoch nicht die den Froschlarven zukommende Nahrung, sondern diese ist nach Leydig's Beobachtungen Schlamm mit seinem Gehalt an organischen Theilen.

Die Larven wurden so lange gezüchtet, bis sich durch Untersuchung der Geschlechtsorgane das Geschlecht mit dem Mikroskop diagnosticiren lässt, dann getödtet und untersucht. Im Ganzen wurden 1443 Larven untersucht, nach Abzug der fraglichen blieben 1272 Larven, resp. junge Frösche, von denen im Durchschnitt 95% Weibchen waren. Da nun unter einer grösseren Zahl im Freien gefangener Frösche die Geschlechterzahl beinahe gleich war, so mussten hier Verhältnisse vorliegen, welche das so starke Ueberwiegen der Weibchen begünstigte. Born sucht diese Verhältnisse in der Froschlarven überhaupt nicht zukommenden Nahrung bei seinen Experimenten, verlegt also die Einflüsse, welche den Geschlechtsunterschied bedingen, hier in die Entwickelungsperiode, nach der Befruchtung hinein. Er beseitigt in diesem Falle diejenigen Meinungen, welche das Verhalten des Eies vor oder während der Befruchtung als maassgebend ansehen. Mit diesem Resultat ist noch nicht gesagt, dass auch im Freileben die Ernährung auf die Entwickelung der Geschlechter bestimmend einwirken.

Uns dünkt es, als ob Born einen wesentlichen Factor ganz unberücksichtigt gelassen hat, das ist die Art der Befruchtung; er selbst giebt an, dass nach der geübten Methode «für ein Eindringen von Spermatozoen-*Ueberschuss* in die quellende Gallerthülle jedenfalls gesorgt» war, was sicherlich in dieser Weise bei der normalen Befruchtung nicht vorkommt; man könnte daher mit demselben Rechte — wie Born die nichtpassende Ernährung — die Befruchtungsweise als Ursache des so grossen Ueberschusses an Weibchen ansehen und damit entgegengesetzt zu Born die Einflüsse für die Enstehung der Geschlechter gerade in den Befruchtungsakt verlegen, bis B. nachgewiesen hat, dass normal befruchtete Eier unter den angegebenen Bedingungen — inadäquate Nahrung — dasselbe Resultat geben. Br.

Schlemmer: Heroismus eines Weibes. Freiwillig begehrter Kaiserschnitt bei 9,0 Ctm. Conjugata zur Erlangung eines lebenden Kindes. (Centralbl. für Gynäkologie. 1881. № 6.)

Pat. 30 Jahre alt, VI para, 2 Mal Forceps, 3 Mal Perforation, verlangte die Sectio Caesarea. Am 7. März 1880 wurde die Operation unter Lister ausgeführt, nach alter Methode und neuer Uterusnaht (welcher ist leider in der Originalmittheilung nicht angegeben). Kind lebend, Mutter bestand eine Peritonitis. W.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

L. v. Lesser: Die chirurgischen Hilfsleistungen bei dringender Lebensgefahr. Zwölf Vorlesungen. Leipzig 1880.

Die den Einzelnen treffenden Lebensgefahren lassen sich unter folgenden Gesichtspunkten zusammenfassen: Es handelt sich entweder um einen Verlust lebenswichtiger Stoffe (Blut) oder um ein Hinderniss der regelmässigen Neubeschaffung derselben (Luft, Nahrungsmittel). Es kommt drittens in Frage die Anhäufung von Stoffen, die mechanisch oder chemisch den Bestand einzelner Organe oder den des Gesammtorganismus gefährden (Ascites, Emphysem, Urinretention—Vergiftung mit Gasen oder mit Flüssigkeiten u. s. w.)

Im Anschluss an diese Betrachtungsweise spricht der Verfasser:
1. Von den Blutungen, deren Stillung und von der Transfusion.
2. Von der Luftzufuhr bei Erstickungen und Vergiftungen.
3. Von der Eröffnung des Schlundrohres und des Magens, von der Behandlung der Darmeinklemmungen, der Atresia ani u. s. w.
4. Von der Behandlung der Flüssigkeitsansammlungen in Pleura, Peritonäum, Uterus etc.
5. Von der Bekämpfung rasch wachsender cystischer und solider Geschwülste.

Wie man beim Massenunglück vorzugehen habe, lehrt eine kurzgefasste Darstellung der auf dem Schlachtfelde und auf dem Verbandplatze möglichen und vernünftigen Hilfsleistungen.

Die bei Weitem ausführlichste und liebevollste Darstellung unter diesen so verschiedenen Dingen hat die Lehre von den Blutungen und von der Transfusion erfahren. Die letztere namentlich dürfte kaum irgend wo anders schärfer abgehandelt sich finden, als in dem Lesser'schen Büchlein. Alle anderen Encheiresen und Krankheitsgruppen werden dagegen in engstem Rahmen vorgeführt, als wollte Verf. überhaupt nur auf sie hinweisen und die genauere Information über sie anderen ausführlicheren Büchern entnommen wissen. Au.

Russische medicinische Literatur.

№ 88. **Medizinskoje Obosrenje.** März-Heft 1881.
Inhalt: a) A. Tschernogubow: Ein Fall von symmetrischer Gangrän der Extremitäten.
b) Schirajew: Ein Fall von ausgedehnter syphilitischer Verschwärung der Gesichtshaut.
c) Kusenew: Ein Fall von Hydramnios.

№ 89. **Annalen der chirurgischen Gesellschaft in Moskau.** № 13.
Inhalt: a) London (aus Carlsbad): Die Resorptionsfähigkeit der normalen Schleimhaut der Harnblase.
b) S. Ssoborow: Ein Fall von Bildung eines Anus praeternaturalis.
c) Prof. N. Sklifassowski: 2 Fälle von Meningocele.

№ 90. **Sdorowje.** № 157.
Inhalt: a) Prof. Andrejewski: Ueber die Fürsorge der Landschaftsversammlungen in Bezug auf die Organisation einer Sanitätsaufsicht über die Schulen. (Forts.)
b) Raspopow: Die Impfung im Waldaischen Kreise (Forts.)
c) A. Ssudakow: Die Nahrung des Arbeiters.

№ 91. **Wratsch.** № 15.
Inhalt: a. J. Troizki: Zur Pharmakologie der Blüthen von Convallaria.
b) B. Oks: Verband bei Querbruch der Patella.
c) W. Nikolski: Zur Behandlung des Trippers und der Blasenkatarrhe.
d) D. Ryndowski: Ein Fall von Delirien nach einer Kataraktoperation.
e) O. Nathanson: Borsäure beim antiseptischen Verbande.
f) G. Herzenstein: Das Militär-Sanitätswesen im letzten türkischen Kriege.

№ 92. **Klinitscheskaja Gaseta** № 15.
Inhalt: a. P. Uspenski: Die Bedeutung der Spanischfliegenpflaster und Metalle in der Therapie der Nervenkrankheiten.
b) F. Pasternazki: 2 Fälle von Rotzkrankheit bei Menschen.
c) G. Rein: Kaiserschnitt oder Exstirpation der Gebärmutter. (Forts.)

№ 93. **Wratschebnija Wedomosti.** № 14.
Inhalt: a. Unsere Mineralwässer.
b) D. Orlow: Die Pockenepidemie im Moskau'schen Kreise.
c) W. Lissenewitsch: Zur Behandlung der Pityriasis versicolor.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Compendium der Pharmacie von Dr. R. Godeffroy. Lief. 19 und 20. — M. Perles, Wien 1880.
— Repertorium der Krankheitsursachen von Dr. Th. Bruckner, homöopath. Arzt in Basel. — W. Schwabe. — Leipzig 1881.
— Annales de la société médico-chirurgicale de Liège. Mars 1881.
— Paris médical. № 13.
— La gaceta de sanidad militar. № 151.

Protokolle des Allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 27. Januar 1881.

Dr. London aus Carlsbad (als Gast) theilt die Resultate einer von ihm im leipziger physiologischen Institute unter Prof. Ludwig's Leitung ausgeführten Arbeit über «Resorptionsverhältnisse der normalen Blasenschleimhaut» mit. Die bisher über genannten Gegenstand angestellten Untersuchungen haben wesentlich verschiedene Resultate ergeben. Ein Theil der Forscher, unter anderen auch Brown-Sequard geben an, dass durch die Capillaren der normalen Harnblasenschleimhaut einerseits eine Resorption medicamentöser Stoffe, andererseits durch Diffusionsvorgänge eine Aufsaugung von Harnstoff stattfinde, wogegen andere Autoren bei ihren an der normalen Blasenschleimhaut angestellten diesbezüglichen Untersuchungen zu vollkommen negativen Resultaten gelangt sind. Die Ursache dieser Nichtresorptionsfähigkeit der normalen Blasenschleimhaut suchen letztere in einer exquisiten Impermeabilität des sie auskleidenden Epithels. Ist die Blase pathologisch verändert, so soll das Epithel seine vitalen Eigenschaften verlieren und der Resorption gar keine Hindernisse in den Weg legen. — Befindet sich eine normale Blase in stark dilatirtem Zustande, so soll ihre Schleimhaut resorptionsfähig sein; worauf dieses jedoch beruht, ob vielleicht auf einer durch die Dilatation bedingten Verschiebung der Epithelschichten der Blasenschleimhaut oder auf Continuitätstrennungen der Epithelschichten ist bisher unbeantwortet geblieben.

Um zu sehen wie weit die normale Blasenschleimhaut für medicamentöse Stoffe resorptionsfähig ist, hat Dr. London sich selbst

$^1/_2$ pCt. Jodkalilösung (200 Ctgr.) und $^1/_4$ pCt. Chlorlithionlösung in die Blase mittels Irrigateur injiciren lassen. Die von Prof. Drechsel angestellte chemische Analyse des durch Pilocarpin reichlich gewonnenen Speichels ergab deutliche Spuren von Jodkali. Auch das Lithion konnte im Speichel spectroscopisch nachgewiesen werden.

Um die möglicher Weise zu Stande kommenden Veränderungen des Blasenepithels bei Dilatation der Blase zu studiren, wurde einer Anzahl von Hunden eine Ligatur um den Penis gelegt, und dieselbe 6—12 und 18 Stunden liegen gelassen. Die den durch Curare getödteten Thieren entnommenen vollen Blasen wurden in Chromsäure gehärtet und später auf das Verhalten ihres Epithels mikroskopisch untersucht. Mikrometrische Messungen der Epithelschichten ergaben auffallende Verschiedenheiten in der Dicke, je nachdem die zugehörigen Blasen contrahirt oder dilatirt waren. Um auch die von Epithel bekleidete Fläche zu controlliren hat Verf. eine Zählung der Epithelkerne sämmtlicher Epithelschichten der mikrometrisch gemessenen Präparate vorgenommen. Dieselbe ergab eine auffallende Differenz der Anzahl der Kerne je nachdem die Blase ausgedehnt oder contrahirt gewesen war. Verf. schliesst aus seinen Untersuchungen, dass eine Vermehrung der Blasencapacität und wenn sie auch noch so bedeutend ist, nicht von Continuitätstrennungen der Epithelschichten und Verschiebung derselben, sondern von nachweisbaren Formveränderungen der Epithelzellen gefolgt ist.

Die einschlägigen mikroskopischen Präparate legt Verfasser dem Verein vor.

Dr. Wiedemann verliest die Krankengeschichte und das dazugehörige Sectionsprotokoll einer von ihm im Evangelischen Hospital beobachteten Patientin. Dieselbe, 67 Jahre alt, wurde am 1. Febr. 1880 in's Evangelische Hospital aufgenommen.

Anamnese: Zeit der ersten Menstruation unbekannt, im 23. Jahre concipirte Patientin zum ersten Mal. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sollen in jeder Beziehung normal verlaufen sein. Darauf 22 Jahre lang bei vollkommen normaler Menstruation keine Conception. Im 45. Jahre, also vor 22 Jahren sistirten die Menses plötzlich und stellte sich nach einigen Monaten eine merkliche Zunahme des Leibes ein. Patientin hielt sich damals für schwanger, will damals auch Kindsbewegungen gefühlt haben und wurde in ihrer Vermuthung von dem sie damals beobachtenden Arzte bestärkt. Nach 8 Monaten soll der Leib den auch im Augenblick vorhandenen Umfang erreicht haben.

In Folge eines Stosses gegen den Unterleib erkrankte Patientin damals unter Schmerzen im Leibe und Fieber, und lag ca. 3 Wochen krank darnieder. Unmittelbar nach stattgefundener Verletzung soll Blut per vaginam entleert worden sein, wie viel, und wie lange die Blutung angehalten, weiss Patientin nicht mehr anzugeben. Einen Monat später stiess sich Patientin wieder den Unterleib und erkrankte wiederum mit starken Schmerzen im Leibe und heftigem Fieber; diese Krankheit währte nur 2 Wochen. Seit jener Zeit will sich Patientin trotz des sehr bedeutenden Umfangs ihres Leibes bis vor 2 Monaten ganz wohl gefühlt haben. In Folge einer abermaligen Verletzung des Leibes traten nun heftige Schmerzen auf, Patientin fieberte beständig und es stellten sich Beschwerden beim Uriniren ein. Der Harn verlor seine normale Beschaffenheit, war schmutzig grau-grünlich verfärbt und von stark fäculentem Geruch. Letztgenannte Erscheinungen bewogen die Kranke sich im Evangelischen Hospital aufnehmen zu lassen.

Stat. praes. Patientin klein, kachectisch, Haut schmutzig gelbgrau verfärbt. Temperatur am Tage der Aufnahme 38,0°, P. 92, Kräfteverfall sehr erheblich. Die Untersuchung des Thorax ergiebt nichts abnormes. Abdomen stark vorgewölbt, von querovaler Form. Die Haut des Abdomen ist stark gespannt, glänzend, von weiten Venennetzen durchzogen, sehr verdünnt, und auf dem fraglichen Leibesinhalte nicht verschiebbar. Die Maasse des sehr vergrösserten Leibes sind: 1) Umfang auf der Höhe des Nabels 87 Ctm., 2) von der Symphysis oss. pub. bis zum Processus ensiformis 40 Ctm., 3) von der Symphysis oss. pub. bis zum Nabel 19 Ctm., 4) von der Kuppe des Abdomens bis zum Processus ensiformis 5 Ctm. Die Grenzen des fraglichen Tumors lassen sich ganz präcise feststellen und entspricht dieser in Lage, Form und Umfang einem 8 Monate graviden Uterus. Bei der Palpation des Leibes zeigt sich, dass direct unter der sehr verdünnten Haut mehr weniger dicke und grosse, verschieden resistente Kalkplatten eingebettet liegen. Der obere Theil des fraglichen Tumors besteht aus einer zusammenhängenden, nach oben zu convexen, bei Fingerdruck leicht federnden glatten Kalkplatte während die übrige Oberfläche desselben dem palpirenden Finger das schlotternden Kopfknochen einer macerirten Leibesfrucht eigene Gefühl darbietet. Sie besteht aus zahlreichen bald dickeren bald dünneren, grossen und kleinen mit einander zusammenhängenden Kalkplatten deren Contouren durch Druck auf dieselben dem Auge leicht zugänglich gemacht werden können. Die Palpation des Leibes ist mit Ausnahme einer ganz cicumscripten Stelle links unten, über der Spina ilei ant. sup., welche schon bei leisester Berührung sehr empfindlich ist, vollkommen schmerzlos. Der Tumor ist vollkommen unbeweglich, in den unteren seitlichen Theilen desselben deutliche Fluctuation nachweisbar. Etwaige, in der Tiefe des Tumors sich findende festere Massen sind wegen der sehr geringen Nachgiebigkeit seiner Wandungen nicht durchfühlbar

Die Percussion ergiebt auf der Höhe des Leibes laut tympanitischen Schall, nach abwärts erweist sich der Percussionsschall leicht gedämpft. Wechsel der Lage der Kranken ändert die Ergebnisse der Percussion nicht. Freie Flüssigkeit in der Bauchhöhle nicht nachweisbar. Die Leberdämpfung beginnt in der Mamillarlinie an der 7. Rippe und reicht bis an den Tumor. Die Exploration per vaginam ergab: Vagina kurz, Uterus atrophisch und prolabirt, die Cervicalportion steht im Introitus vaginae. Der Uterus beweglich, lässt sich reponiren, fällt jedoch sofort wieder vor. Die Vaginaluntersuchung sehr quälend, erzeugt heftigen Urindrang. Harnquantum in 24 Stunden beträgt circa $3^1/_2$ Pfd. Urin bald von normaler Farbe bald schmutzig grün verfärbt, und von stark fötidem Geruch. Die Reaction des Urins ist alkalisch, Gehalt an Harnstoff 1,4 pCt. Ausserdem enthält der Urin gallensaure Salze und Cholesterin in Lösung. Urinentleerung schmerzlos, Defäcation retardirt.

Die Diagnose blieb im vorliegenden Falle während der ganzen Krankheitsdauer zweifelhaft, obwohl man doch nur zwischen zwei Möglichkeiten, und zwar zwischen Abdominalschwangerschaft mit nachträglicher Verkalkung des Fruchtsacks und Perforation desselben in die Blase, und Dermoidcyste des Ovariums mit Perforation in die Blase schwanken konnte. Ob ausserdem eine Communication zwischen Blase, Tumor und Darm vorhanden war, konnte mit Bestimmtheit nicht nachgewiesen werden, schien jedoch wegen des im Harn vorgefundenen Cholesterin und der gallensauren Salze nicht unwahrscheinlich, um so mehr als der Harn einen ausgesprochen fäcalen Geruch zeigte.

Die Diagnose einer Abdominalschwangerschaft musste einem schon in Folge des wohl sehr seltenen Vorkommens von Kalkablagerung in dem Fruchtsacke und Perforation desselben in die Blase als unwahrscheinlich erscheinen, obwohl die anamnestischen Momente, wie Dr. Wiedemann meint, mit ziemlicher Bestimmtheit auf eine solche hinwiesen, andererseits war die Diagnose einer Dermoidcyste bei Berücksichtigung des Umstandes, dass Dermoidcysten hauptsächlich zur Zeit der Pubertät ihre Entstehung nehmen und nicht wie im vorliegenden Falle erst nach Cessirung der Menses, auch eine zweifelhafte. Ohne dass irgend welche acuteren Erscheinungen aufgetreten wären, ging Patientin unter leichten Fieberbewegungen welche wohl in einer, der obenerwähnten sehr empfindlichen Stelle des Unterleibes entsprechenden circumscripten Peritonitis ihre Erklärung finden dürften, am 7. März marastisch zu Grunde.

Sectionsbefund: Leiche klein, sehr atrophisch, Todtenstarre an den unteren Extremitäten stark entwickelt. Der Leib stark aufgetrieben, zeigt beim Betasten pergamentartiges Knistern. Aus dem unteren Theil der Bauchhöhle fühlt man einen Tumor hervorragen, welcher bis an den Rippenbogen reicht. Die Bauchdecken sind mit der Geschwulst untrennbar verwachsen. Das Coecum und der Processus vermiformis sind durch alte peritonitische Adhäsionen mit dem Tumor verlöthet, ebenso das grosse Netz, endlich sind Ileum und Jejunum mit dem hinteren und unteren Theil des Tumors verwachsen. Frische peritonitische Adhäsionen finden sich nur links unten zwischen Geschwulst und Dünndarm. In dem vorderen und den seitlichen Theilen der Geschwulstoberfläche finden sich eine Menge dünner Kalkplatten. Die Kuppe des Tumors wird von einer Kalkplatte gebildet, welche sich auf die hintere Wand des Tumors fortsetzt. Nach unten zu ist der Tumor mit der Blase verwachsen.

Uterus tief im Becken, atrophisch, mit der Geschwulst nicht verwachsen, das Ostium uterinum beider Tuben verwachsen. Das linke Ovarium kleinapfelgross, verkalkt, das rechte Ovarium ist nicht nachzuweisen.

Die Blase enthält eine kleine Menge einer schmutzig grau-grün gefärbten Flüssigkeit. Am Vertex der Blase finden sich zwei circa Erbsengrosse Oeffnungen, durch die man mit der Sonde in den grossen Tumor gelangt.

Bei Eröffnung des Tumors entleert sich eine Menge der sich auch in der Blase findenden Flüssigkeit; in der Mitte der Geschwulsthöhle findet sich eine festbröckeliche Masse von circa Kindskopfgrösse. Die Innenwand des Tumors ist mit gangränösen Fetzen ausgekleidet. — Eine Communication zwischen Tumor und Darm oder Blase und Darm nicht nachzuweisen.

Die den übrigen Organen anhaftenden Veränderungen bieten kein besonderes Interesse, und können füglich übergangen werden.

Anatomische Diagnose: *Dermoidcyste des rechten Ovariums.*

Dr. v. Holst hebt im Gegensatze zu Dr. Wiedemann hervor, dass seiner Meinung nach die anamnestischen Momente im obigen Falle sich nur schwer für die Diagnose «Abdominalschwangerschaft» verwerthen liessen, da es doch höchst unwahrscheinlich sei, dass die verheirathete Patientin, die trotz regelmässiger Menses im Laufe von 22 Jahren nicht concipirt, sich somit als entschieden steril gezeigt hatte, nun plötzlich, und zwar im Alter von 45 Jahren, wieder conceptionsfähig geworden wäre. Secretär Dr. Lange.

Literarische Notizen.

„Военно-Санитарное Дѣло" (Militär-Sanitätswesen).

Unter diesem Titel soll vom 1. Mai dieses Jahres ab ein neues Journal in russischer Sprache erscheinen, welches den Interessen des Militär-Sanitätswesens, speciell *einer Hebung* desselben sich widmen soll. Der Redacteur Dr. N. A. Goldenberg hat sein Programm nebst Erläuterungen über die Ziele des Unternehmens und einem Verzeichniss der künftigen Mitarbeiter veröffentlicht.

Bisher war das «Военно-медицинскій журналъ» der einzige Vertreter der Interessen des Militär-Sanitätswesens bei uns und sein Programm ist allbekannt. Die 6 Abtheilungen des Programms der «Военно-Санит. Дѣло» können insofern immerhin als eine Programmerweiterung für ein milit.-sanitätliches Blatt gelten, als sie einen besonderen Nachdruck auf die hygieinischen Verhältnisse der Truppen, bezüglich Nahrung, Kleidung, Wohnung etc. legen. Auch vergleichende Uebersicht der russischen und ausländischen Militär-Medicinal-Gesetze und Verfügungen, Kritiken, Correspondenzen etc. würden als Neuerungen gegen das zu verzeichnen sein, was das «Военно-мед. журналъ» bisher bot. Es ist indess nicht abzusehen, wie der Herr Redacteur gerade mit allem diesem seiner ausgesprochenen Absicht genügen will: das Gesammt-Mil.-Sanitätswesen aufzubessern. Die grossen und groben Mängel unseres Mil.-Sanitätswesens liegen bekanntlich in seiner *Organisation* und *Administration*. So lange also das neue Blatt es nicht zu seiner Aufgabe macht, diese Mängel zu bekämpfen, und unausgesetzt für ihre Abstellung zu plaidiren, so lange kann man auch nicht erwarten, dass es auf die Besserung des Sanitätsdienstes einen Einfluss üben werde. Die Dichtigkeit unserer Gräber zwischen der Donau und dem Bosporus während des letzten Krieges, welche der Herr Redacteur in seinem Programm hervorhebt, ist bekanntlich in sehr geringem Grade Folge von Unbekanntschaft der Militärärzte und Fronteofficiere mit der Hygieine, fremdländischer Mil.-Medicinal-Gesetze, Untersuchungsmethoden u. dgl. gewesen. Diese Dichtigkeit war vielmehr die Folge unzweckmässiger Organisation des Feldsanitätsdienstes, mangelhafter Administration, fehlender Uebung bei Aerzten und Administratoren für die Ausführung der ungewohnten Aufgaben des Feldsanitätsdienstes, ungeregelter Evacuation und mangelnder Kranken-Etappen. Organisation, Administration, Evacuation und Etappenwesen — sind im Programme des Herrn Dr. Goldenberg indess *nicht* vorgesehen, obgleich gerade diese beiden letzten Dienstzweige in den Kriegen der Neuzeit von enormer Wichtigkeit und schwerwiegendem Einfluss auf das Schicksal der Kranken und Verwundeten geworden sind. Hygieine und Medicin resp. Chirurgie sind nur Theile des vielseitigen Gesammt-Milit.-Sanitätswesens und zwar Theile, welche im Kriege erst in zweiter Reihe in Betracht kommen. Die Organisation und Administration spielt die Hauptrolle, wie schon Pirogow sehr richtig bemerkt hat.

Das veröffentlichte Verzeichniss der Mitarbeiter für das Blatt des Herrn Dr. Goldenberg überrascht insofern, als mit Ausnahme von Григорій Ивановичъ Архангельскій (Archangelski) *fast* die meisten der genannten Herren bisher keine schriftstellerische Thätigkeit gerade auf dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens entfaltet haben, während gerade *alle* unsere einheimischen, sowohl militärischen wie ärztlichen Kräfte fehlen, welche bereits Namen und Anerkennung in weiteren und weitesten Kreisen Europa's und darüber hinaus auf dem Gebiete des Mil.-Sanitätswesens erworben haben. Dieses bedauern wir im Interesse der neuen Fachschrift, welcher wir den besten Erfolg wünschen. Kr.

— Von dem «*Anzeiger der Mineralbäder von Staraja Russa*» (Справочный листокъ Старорусскихъ минеральныхъ водъ), welcher, wie wir bereits früher gemeldet haben, unter der Redaction des hiesigen Arztes Dr. F. Weber herausgegeben wird, der während der Badesaison in Staraja Russa prakticirt, ist bereits die erste Nummer erschienen. In einem Vorwort spricht sich die Redaction über die Aufgaben und Ziele des Blattes aus. Dasselbe soll dem Badegaste nicht nur alle möglichen Fingerzeige, wie er sein Leben während der Badesaison zu regeln hat, geben, sondern auch damit bekannt machen, was der Badeort an geistiger Zerstreuung, Vergnügungen und dergleichen bietet, und überhaupt über alles für den Badegast Wissenswerthe Auskunft ertheilen. Die Redaction stellt sich ferner die Aufgabe, die Aufmerksamkeit der Badeverwaltung, sowie auch der Einwohner der Stadt auf Alles zu lenken, was zur Beseitigung von Missständen, zur Verbesserung der Badeeinrichtungen, Wohnungen u. s. w. dienen, was den Aufenthalt den Kurgästen angenehmer machen — mit einem Worte, was zur Hebung, Belebung und Vervollkommnung des Badeortes beitragen könnte. Das Blatt ist nicht allein dem kleinen Kreise der Badegäste in Staraja Russa gewidmet, sondern auch den Aerzten, welche Patienten in die Bäder schicken, ja selbst den Touristen, welche schon ausländische Bäder besucht haben, damit sie auf diesem Wege auch das Leben und die Einrichtungen der einheimischen Bäder kennen lernen können.

An das Vorwort schliesst sich ein Verzeichniss der in Staraja Russa während der Badesaison practicirenden Aerzte und des dortigen Sanitätspersonals, sowie ein kurzer Nachruf, der dem vor Kurzem verstorbenen russischen Schriftsteller Dostojewski, dem berühmten Einwohner von Staraja Russa, gewidmet ist. Es folgt dann eine Abhandlung über die klimatischen und Sanitäts-Verhältnisse der Stadt Staraja Russa, in welcher Vergleiche mit einigen ausländischen Badeorten (Reichenhall, Oeynhausen, Kreuznach) angestellt werden, die zu Gunsten von Staraja Russa ausfallen. Nach einer Aufzählung der Heilmittel von Staraja Russa, sowie der Indicationen und Contraindicationen für den Gebrauch derselben enthalten die letzten Seiten des Blattes Auskünfte über die für die bevorstehende Saison in Aussicht genommenen Zerstreuungen und Vergnügungen, einen Preiscourant für Victualien und zum Schluss Bekanntmachungen. Beigefügt sind der ersten Nummer Pläne und Ansichten der Mineralwasseranstalt und Stadt Staraja Russa, sowie das Portrait von Dostojewski, welche sämmtlich sauber ausgeführt sind und eine hübsche Beigabe zu dem Blatte bilden.

Dr. Weber gebührt das Verdienst, in Russland den Anfang gemacht zu haben mit einem Unternehmen, das ganz dazu geeignet ist, grössere Aufmerksamkeit sowohl der Aerzte als auch des grossen Publikums auf die einheimischen Bäder zu lenken und zur Hebung, Belebung und Verbesserung derselben beizutragen. Wir unsererseits wünschen ihm dazu den besten Erfolg und baldige Nacheiferung seitens der Verwaltungen anderer Badeorte. Bf.

Das Deutsche Alexander-Hospital für Männer in St. Petersburg.

Schon lange wird von den deutschen Aerzten in St. Petersburg das Fehlen eines deutschen Hospitals für Männer als schwerer Uebelstand empfunden. Unsere Residenz beherbergt eine nach Tausenden zählende Menge deutscher, den mittleren Ständen angehöriger, meist jüngerer von ihrer Arbeit lebender Männer, die im Krankheitsfalle in der traurigen Alternative sich befinden, entweder in ihren Wohnungen ohne entsprechende Pflege und unter ungünstigen hygieinischen Bedingungen sich durchzuquälen oder in einem der allgemeinen Spitäler ein ihren Bedürfnissen nicht entsprechendes Unterkommen zu suchen.

Ein Männer-Krankenhaus, welches den Bedürfnissen dieser Bevölkerungsgruppe angepasst wäre, in welchem Hausordnung und Kost den Gewohnheiten des Kranken entspricht, in welchem durchweg deutsch verstanden wird, vor Allem aber ein Krankenhaus, in welchem der Kranke sicher ist aufmerksame Pflichterfüllung von Seiten des Personals und eine liebevolle Pflege zu finden, sowie sie im evangelischen Hospital für Frauen geboten wird, — ein solches Krankenhaus thut uns Noth. Es ist aber nicht allein der deutsche Mittelstand, dem ein solches Hospital nöthig ist; auch die zahlreichen Finnländer, Scandinavier, Holländer, Engländer, welche fern von ihrer Heimath und Familie in St. Petersburg sich von der Arbeit ihrer Hände oder ihrer Feder ernähren, sind in Krankheitsfällen in derselben üblen Lage; endlich ist durch die wenigen für Kranke besserer Stände im Marien-Hospital und der Maximilianowskaja existirenden Privatzimmer auch selbst für die einheimisch russische Bevölkerung, welche höhere Ansprüche macht als sie in den allgemeinen Spitälern befriedigt werden können, — nicht ausreichend gesorgt.

Daher glauben wir nicht zu irren, wenn wir die Ueberzeugung aussprechen, dass die von den deutschen Reichsangehörigen in Angriff genommene Stiftung eines „Deutschen Alexander-Hospitals" für Männer von den deutschen Aerzten in und ausserhalb der Residenz mit Freuden begrüsst werden wird.

Da das deutsche Hospital, zwar von Deutschen gestiftet und den Bedürfnissen des deutschen Mittelstandes entsprechend eingerichtet, doch, wie ausdrücklich hervorgehoben, allen Kranken ohne Rücksicht auf Nationalität und Confession offen stehen soll, so ist zu erwarten, dass dasselbe auch in nichtdeutschen Kreisen Sympathie finden wird. Um so mehr glauben wir das erwarten zu dürfen, als es ja ein Monument ist, welches dem Andenken des allverehrten Kaisers Alexander II errichtet wird.

Es ist nicht einfach eine Wohlthätigkeitsanstalt im gewöhnlichen Sinne, welche mit dem deutschen Alexander-Hospital ins Leben treten soll, — obgleich es selbstverständlich auch eine Anzahl Freibetten haben muss. Die Bettler, die Krüppel und arbeitsunfähigen Greise, auch die unheilbar Siechen, werden nur ausnahmsweise für dasselbe sich eignen, — sie gehören in andere Anstalten. Es handelt sich darum, dem erkrankten, mässigbesoldeten, einzelstehenden Manne eine Unterkunft zu schaffen, wie er sie sonst nicht haben kann, für welche er aber in den meisten Fällen zu zahlen im Stande sein wird. Es soll ein *Hospital* sein, eine *Heilanstalt*, eine Anstalt, welche in der Wiederherstellung der Gesundheit des erkrankten Körpers ihr hauptsächliches Ziel sieht, während die Verpflegung hoffnungslos Kranker und die Erleichterung ihrer letzten Lebenstage nur als unvermeidlicher Ausgang acuter Krankheit ihre Aufgabe sein kann. Es ist also eine in gewissem Sinne productive Anstalt, — sie soll dienen zum Wiederersatz verlorener Arbeitskraft, sie wird, auf dem allgemeinen Bedürfniss beruhend, einmal gegründet, sich grösstentheils wenn nicht ganz aus sich selbst erhalten.

Dieses sind die Gesichtspuncte, welche uns veranlassen, unseren Lesern die Förderung der neuen Stiftung ans Herz zu legen und derselben unsrerseits jede in unseren Kräften liegende Mitwirkung zuzusagen. M.

Tagesereignisse.

— Am 18. März ist in Ssamara der Arzt der Bäder von Ssergiewsk (im Gouv. Ssamara) Dr. Stanislawski plötzlich verstorben. An seiner Stelle übernimmt Dr. Sslawnizki die ärztliche Leitung dieses Bades.

— Auf die Vorstellung des Ober-Militär-Medicinalinspectors ist vom Kriegsminister den weiblichen Aerzten gestattet worden, die Ordinatoren-Posten in den weiblichen Abtheilungen der Militärhospitäler zu bekleiden, jedoch ohne Anspruch auf Besoldung seitens der Krone und ohne Rechte des Staatsdienstes.

— In Nordamerika ist der berühmte Chirurg Otis gestorben,

bekannt als Verfasser mehrerer kriegschirurgischer Schriften und namentlich als Leiter des grossen noch nicht vollendeten Werkes über die chirurgische Geschichte des Rebellionskrieges.

Miscellen.

— Als charakteristisch für die Stellung der homöopatischen Aerzte in England theilen wir nach der «D. m. Wochenschr.» einen Vorfall mit, der sich soeben bei Gelegenheit der Krankheit Lord Beaconsfield's zugetragen hat. Die Königin von England forderte, in Sorge über den greisen Staatsmann, ihren Leibarzt Dr. Quain auf, mit dem Arzte desselben Dr. Kidd, zu consultiren. Dr. Quain stand das Gebot der Standespflicht höher, als der Wunsch selbst seiner Souverainin. Er lehnte ab, weil er der Ansicht war, Dr. Kidd sei ein homöopatisch practicirender Arzt. Trotz der ihm daraufhin zugehenden Mittheilung, dass Lord Beaconsfield weder bei früheren Krankheiten noch bei dieser homöopatisch behandelt worden sei, entschied sich Dr. Quain noch nicht sofort, erbat sich vielmehr zuvörderst den Rath einiger erfahrener Mitglieder des college of physicians. Diese waren entschieden der Ansicht, dass Dr. Quain unter diesen Umständen kein Recht habe, bei dieser Weigerung stehen zu bleiben. Dr. Quain überzeugte sich dann auch, dass bei Lord Beaconsfield eine homöopatische Behandlung nicht zur Anwendung gekommen war, sondern die von der Medicin allgemein acceptirte.

— Einen grellen Lichtstreifen wirft auf die materiellen Verhältnisse des ärztlichen Standes in Deutschland folgende Annonce, die Dr. Honert in Balve im Central-Volksblatt veröffentlicht hat: «Mehrere trübe Erfahrungen bei Bemittelten nöthigen mich, zukünftig, falls nicht besondere Vereinbarungen stattfinden, nur gegen Baar zu arbeiten. Namentlich gilt solches für aufreibende Beanspruchungen zur Nachtzeit und bei ansteckenden Krankheiten. Der Arbeiter ist ja seines Lohnes werth, — auch wenn er Arzt ist».

(D. m. W.)

Personal-Nachrichten.

Amtliche.

— *Ordensverleihungen*: Den *St. Wladimir-Orden III. Classe mit Schwertern*: Dem überetatmässigen Consultanten für Chirurgie beim Nikolai-Militärhospital, C.-R. Dr. med. Reiher — für Auszeichnung in dem Gefecht mit den Türken beim Vorrücken der Truppen des Guri-Detachements gegen Atschkuaetawi. Den *St. Wladimir-Orden IV. Classe*: Dem Gebietsarzt von Transbaikalien, G.-R. Bjeschitko. Den *St. Annen-Orden I. Classe*: Dem Medicinalinspector der Moskauer Anstalten der Kaiserin Marie, G.-R. Koch. Den *St. Annen-Orden II. Classe*: Dem Arzt des St. Vincent-Hospitals zu Pultusk, Dr. med. Dobrshelewski; dem ält. Arzt des Kreises Kasikumuch, C.-R. Rymscha; dem ält. Ord. des Militärhospitals zu Kutais, St.-R. Juchnowitsch; dem ält. Ord. a. D. des Militärhospitals zu Kutais, St.-R. Lopalto u. d. ält. Arzt des 149. Infanterie-Regiments, C.-R. Gornowski.

— *Bestätigt*: Der ausserordentl. Prof. der Kaiserlichen Universität Warschau, Dr. med. Tschaussow — als ordentl. Prof. dieser Universität für das Katheder der beschreibenden Anatomie und der ausserordentl. Prof. der Kaiserlichen Universität Warschau, Dr. med. Nawrozki — als überetatmässiger ord. Prof. dieser Universität für das Katheder der Physiologie.

Vacanzen.

— *Eine Landschaftsarztstelle* im Kreise *Porchow* des Gouvernement *Pleskau* ist vacant. Gehalt 1200 Rbl. jährlich und freie Dienstfahrten. Nähere Auskunft ertheilt das Landschaftsamt des Kreises Porchow.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 12. April 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	949	344	1293
Alexander- «	725	167	892
Kalinkin- «	—	457	457
Peter-Paul- «	368	160	528
St. Marien-Magdalenen-Hospital	161	71	232
Marien-Hospital	289	457	746
Ausserstädtisches Hospital	541	148	689
Roshdestwensky-Hospital	49	33	82
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	318	122	440
5 zeitw. Hospitäler	609	135	744
Ausschlags-Hospital	11	15	26
Summa der Civilhospitäler	4020	2109	6129
Nikolai-Kinder-Hospital	44	49	93
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	65	96	161
Elisabeth-Kinder-Hospital	35	27	62
Summa der Kinderhospitäler	144	172	316
Nicolai-Militär-Hospital	557	19	576
Ssemenow'sches Militär-Hospital	264	—	264
Kalinkin-Marine-Hospital	229	—	229
Gesammt-Summa	5214	2300	7514
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	1304	425	1729
Scarlatina	19	33	52
Variola	5	11	16
Venerische Krankheiten	642	451	1093

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 5. bis 12. April 1881 besucht von 2130 Kranken, darunter zum ersten Mal von 882.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs

für die Woche vom 29. bis 10. März 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 764 (Todtgeborene 31). Mortalität der Woche für das Jahr berechnet 59,31 p. M.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
495	269	764	112	40	91	17	12	43	101	93	71	61	62	36	12	13

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 57, Typh. abd. 40, Febris recurrens 20, Typhus ohne Bestimmung der Form 25, Pocken 0, Masern 9, Scharlach 8, Diphtheritis 11, Croup 3, Keuchhusten 2, Puerperalkrankheiten 5, Dyssenterie 4, Thiergift 0.

— Gehirnapoplexie 16, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 29, acute Entzündung d. Athmungsorgane 89, Lungenschwindsucht 112, Gastro-intestinal-Krankheiten 103, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 50, Marasmus senilis 47, Krankheiten des Gehirns 20, Krankheiten der Lungen 17, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 19, Krankheiten der Bauchorgane 21, Cachexia 23.

— Tod durch Zufall 5, Selbstmord 4.

— Andere Ursachen 25.

Nächste Sitzung des allgem. Vereins St. Petersburger Aerzte, Dienstag den 21. April 1881.

Nächste Sitzung d. deutschen ärztlichen Vereins, Montag den 20. April 1881.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 17 Апрѣля 1881. Buchdruckerei von Carl Böttger, Kaiserl. Hofbuchh., Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

ST. PETERSBURGER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg,
Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 17. St. Petersburg, 25. April (7. Mai). 1881.

Ein Fall von Sarcom der Choroidea.

Von

Dr. L. Mandelstamm

in Riga.

Ein hiesiger Kaufmann, Anfangs der 30-ger Jahre, mosaischer Confession, klagte mir am 28. April 1879, dass er beim Sehen mit dem linken Auge eine «dunkele Wolke» im Gesichtsfelde wahrnehme, dass er ferner sehr oft «feurige Kreise» sehe. Die vorgenommene Untersuchung des Auges ergab äusserlich nichts Abnormes, ophthalmoscopisch: eine partielle Netzhautablösung nach aussen unten. Der Netzhautsack war etwas prominent, von schmutzig bläulicher Farbe, die Netzhautgefässe dunkel gefärbt, von Flottirungen der abgelösten Partie war nichts wahrzunehmen. Die Papilla opt. und die übrige Netzhaut von normalem Verhalten. Die Gegenstände erschienen nicht verzerrt, das Sehvermögen $^{20}/_{30}$ Sn. mit concav. 40. I. N. 3. Gesichtsfeld beschränkt nach oben innen, entsprechend der abgelösten Netzhautpartie, Spannung und Beweglichkeit des Bulbus normal. Etwa 4 Wochen früher klagte mir Patient über Flimmern vor dem linken Auge. Er hatte viel schriftliche Arbeit zu besorgen und war bis spät in die Nacht hinein beschäftigt. Die functionelle Untersuchung des Auges ergab zur Zeit vollkommen S. mit concav. 40 und normales Gesichtsfeld. Ophthalmoscopisch war temporal und abwärts eine etwas stärker pigmentirte Stelle in der Choroidea wahrzunehmen, ohne sonstige pathologische Erscheinungen am Bulbus und war ich bei dem sonst normalen Verhalten desselben mehr geneigt anzunehmen, dass es sich um einen schon abgelaufenen Prozess in der Choroidea von früher her handele. Indessen erinnert sich Patient nicht je augenleidend gewesen zu sein, auch hat er keine infectiösen Krankheiten überstanden, Eltern und Geschwister sollen gesunde Augen haben. Ich empfahl indessen dem Patienten seine Augen möglichst zu schonen und Abends sich gar nicht zu beschäftigen. Als nun die Amotio retinae auftrat, war ich sehr überrascht, konnte aber nicht umhin sogleich an einen Zusammenhang dieser mit der verdächtigen Stelle in der Choroidea zu denken. Ein hinzugerufener Special-College konstatirte zunächst die Netzhautablösung, glaubte aber einen von mir ausgesprochenen Verdacht auf Tumor, resp. Sarcom der Choroidea von der Hand weisen zu müssen. Positiv liess sich dasselbe allerdings in dem Stadium nicht behaupten, doch glaubte ich einige Anhaltspunkte gehabt zu haben 1. in der erwähnten pigmentirten Stelle der Choroidea, 2. in dem prallen, nicht fluctuirenden Netzhautsacke, 3. in der normalen Spannung des Bulbus (welche bei genuiner Netzhautablösung gewöhnlich herabgesetzt zu sein pflegt). Es wurde nun der übliche Heilapparat gegen die Netzhautablösung eingeleitet, wie dunkles Zimmer, Rückenlage, Heurteloups etc., aber die Ablösung breitete sich trotzdem immer mehr nach aussen unten aus, zugleich prominirte der Sack immer mehr, wobei die Spitze eine weissliche Stelle mit eigener Gefässentwickelung zeigte; der hintere Brennpunkt rückte immer mehr nach vorne. Die Iris erschien an der temporalen Seite etwas vorgetrieben und liess sich selbst bei Tagesbeleuchtung schon ein verdächtiges Gebilde im Auge (nach aussen) unterhalb des Ciliarkörpers wahrnehmen. Das Sehvermögen verfiel immer mehr, so dass nach 3 Wochen nur Finger excentrisch auf ein paar Fuss gezählt werden konnten. Dabei waren die Papilla opt. und die mediale Netzhauthälfte noch ziemlich intact. Von Zeit zu Zeit traten Schmerzen in der Supraorbitalgegend auf, die Spannung des Bulbus war noch normal und zeigte nur periodisch eine Zunahme. Unter diesen Umständen war an dem Vorhandensein eines Choroidaltumors (speziell Sarcoms) nicht mehr zu zweifeln. Da es sich in so einem Falle nicht sowohl um das Auge, als um das Leben des Patienten handelte und alles von der frühzeitigen Enucleation des Bulbus abhing, so wollte Patient, dem ich letztere Aussicht eröffnete, auch die Ansicht eines ausländischen Fachgenossen

hören und consultirte Herrn Prof. Jacobson in Königsberg, der die Existenz eines Choroidaltumors vollkommen bestätigte. Ich enucleirte den Bulbus am 17. Juni 1879, also 7 Wochen nach dem Auftreten der Netzhautablösung und etwa 11 Wochen nach der ersten Vorstellung des Patienten. Die Heilung ging gut von Statten und befand sich Patient ganz wohl beim Tragen eines künstlichen Auges. Im Orbitaltrichter war nichts verdächtiges vorhanden. Am 7. December machte mich Patient auf ein kleines, dunkeles Knötchen im Becken des Trichters aufmerksam. In der Voraussetzung ein beginnendes Recidiv vor mir zu haben, untersagte ich dem Patienten das Tragen des künstlichen Auges, um jegliche Reizung zu vermeiden. Im Januar 1880 fing Patient an zu kränkeln und unterlag am 29. Mai 1880 unter den Symptomen eines (metastatischen) Lebercarcinoms. Das dunkle Knötchen hatte die Grösse etwa einer Linse erreicht.

Das enucleirte Auge nach 5-wöchentlicher Aufbewahrung in Müller'scher Flüssigkeit und Nachhärtung in Alkohol wurde sagittal durchschnitten und zwar so, dass die grössere Bulbushälfte mit sammt der Geschwulst und dem Sehnerven nach aussen zu liegen kam. Länge des Bulbus 25 Mm., Breite in der Gegend der Geschwulst 26 Mm. Beim Durchschneiden des Bulbus floss eine schmutzig gelbliche Flüssigkeit aus. Die Hornhaut, Sclera normal, Linse von normaler Lage, Iris und Corp. ciliare auf Seiten der Geschwulst etwas nach vorne gedrängt, vordere Kammer vorhanden. Die Netzhaut trichterförmig abgelöst, hängt nur am Sehnervenrande fest an, bedeckt eine $^3/_4$ der grösseren Bulbushälfte einnehmende Geschwulst. Dieselbe beginnt c. 6 Mm. vom Sehnerveneintritt und erstreckt sich bis zum Corp. cil. Sie ist durchweg von Choroidea überzogen, die ihr mehr oder weniger locker anliegt. Auf dem Gipfel der Geschwulst ist sie am dünnsten und röthlich tingirt (vermuthlich durch neugebildete Gefässe). Die Oberfläche der Geschwulst zeigt warzige Erhabenheiten. Auf der Durchschnittsfläche ist das Aussehen der Geschwulst matt grau, im Centrum etwas dunkler tingirt, das Gefüge ist etwas lockerer Natur. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergab die Charactere eines Spindelzellensarcoms. Eine eigentliche Pigmentirung der Zellen liess sich nicht wahrnehmen, doch fanden sich hier und da Pigmentschollen. Herr Prof. Jacobson, dem ich nachträglich den Bulbus übersandte, hatte die Güte denselben einer eingehenderen Prüfung zu unterziehen und fand, nach einer mir gemachten Mittheilung, ausser dem erwähnten Verhalten der Geschwulst — in der Sclera und im Opticusstücke nichts Verdächtiges.

Epikrise: Wäre es mir in den Sinn gekommen gleich bei der ersten Vorstellung des Patienten an einen Choroidaltumor zu denken — ich hätte gewiss nicht unterlassen auf etwaige Niveauunterschiede an der verdächtigen Stelle in der Choroidea zu achten. Jedenfalls dürften sie nicht auffallender Art gewesen sein, da sie mir sonst nicht entgangen wären. Es handelte sich eben um die erste Anlage des Neoplasmas noch innerhalb der Substanz der Choroidea und der Fall scheint mir eben in der Beziehung interessant zu sein, als ein Sarcom der Choroidea in seinem ersten Beginn noch ohne inducirte Netzhautablösung zur Beobachtung gelangte. In prognostischer Hinsicht wäre es gewiss von der höchsten Bedeutung im eventuellen Falle den Bulbus zu enucleiren, aber es frägt sich ob die Diagnose um diese Zeit dermaassen allem Zweifel enthoben sein dürfte, dass man die Enucleation eines noch nach allen Richtungen normal functionirenden Bulbus riskiren könnte.

Riga im März 1881.

Kurze Uebersicht über den Flecktyphus im weibl. Obuchow-Hospital während der Saison 1879—1880.

Von

Dr. E. Moritz.

Der folgende Bericht umfasst das Jahr vom 1. September 1879 bis 1. September 1880; wir haben es zweckmässig gefunden das Berichtsjahr mit dem Zeitpunkt des niedrigsten Krankenstandes beginnen zu lassen, weil auf diese Weise ein deutlicheres Bild der epidemischen Saison gewonnen wird, welche bekanntlich in St. Petersburg meistens bald nach Neujahr culminirt.

Es befanden sich am 1. September 1879 in Behandlung 5 Kranke, im Laufe des Jahres kamen hinzu 543, wurden entlassen 466, starben 75, verblieben zum 1. September — 7.

Nach Ausscheidung der zweifelhaften Diagnosen sowie mehrerer wegen anschliessender Nachkrankheiten noch nicht abgelaufener Fälle, verbleiben 531 abgeschlossene Krankheitsgeschichten, über welche wir berichten können [1].

Der Zeitpunct der Erkrankung wird durch folgende Tabelle nach Dekaden (Anfang, Mitte, Ende des Monats) veranschaulicht, — wobei vom Datum des Eintritts ins Hospital abgesehen ist; von unseren 531 Fällen waren 507 zu dieser Tabelle zu verwerthen.

September	A.	—	5
	M.	1	
	E.	4	
October	A.	2	8
	M.	3	
	E.	3	
November	A.	3	17
	M.	11	
	E.	3	
December	A.	10	24
	M.	8	
	E.	6	
Januar	A.	19	50
	M.	14	
	E.	17	
Februar	A.	24	80
	M.	30	
	E.	26	
März	A.	20	101
	M.	44	
	E.	37	
April	A.	30	79
	M.	28	
	E.	21	
Mai	A.	14	63
	M.	24	
	E.	25	
Juni	A.	22	52
	M.	18	
	E.	12	
Juli	A.	4	20
	M.	8	
	E.	8	
August	A.	2	8
	M.	4	
	E.	2	
		Summa	507

[1] Das Material ist durch den Assistenten der Typhus-Abtheilung Dr. N. Iwanow, kritisch gesichtet und vorbereitet worden.

Unter diesen Erkrankungen waren im Hospital entstandene (Wartepersonal und Kranke mit anderweiten Leiden):

im September	0
» October	0
» November	2
» December	3
» Januar	8
» Februar	12
» März	11
» April	6
» Mai	7
» Juni	2
» Juli	2
» August	2
in Summa	55

Rechnet man 2 vom August 1879 hinübergekommene Fälle hinzu, so haben wir auf 531 Flecktyphen, 57 enhospitalen Ursprungs. Unter letzteren waren 27 zum Warte- und Pflegepersonal gehörige Gesunde und 30 mit anderweiten Krankheiten im Hospital befindliche Kranke.

Die im Hospital inficirten anderweitig Kranken litten an folgenden Krankheiten:

Febris recurrens	6
Vitium cordis	4
Nephritis	2
Rheumat. art. acut.	2
Ulcus cruris	2
Pleuritis	1
Paralysis facialis	1
Ischias	1
Tabes dorsalis	1
Fractura femoris	1
Phthisis pulm.	1
Febr. intermittens	1
Typhus abdominalis	1
Anaemia	1
in Summa	25

Bei 5 Kranken, welche im Hospital inficirt, jedoch erst sogleich nach ihrer Entlassung erkrankt waren, ist der Grund ihres ersten Hospitalaufenthalts nicht angegeben.

Nach Stand und Beschäftigung ordnen sich 357 Kranke, bei denen über diesen Punct Notizen existiren, folgendermaassen:

1.	Handwerkerinnen, die verschiednen Zweigen weiblicher Handarbeit angehörten (Schneiderinnen, Näherinnen, Putzmacherinnen, Strumpfstrickerinnen, Korset-, Schuhzeug-, Mützen-, Handschuh- und Blumen-Macherinnen) im Ganzen	56
2.	Köchinnen und Scheuermägde	62
3.	Wäscherinnen	35
4.	Stubenmägde	17
5.	Kinderwärterinnen	10
6.	Arbeiterinnen von Papiros- und Tabaksfabriken	28
7.	Andere Fabrikarbeiterinnen	27
8.	Händlerinnen	23
9.	Krankenwärterinnen darunter aus dem Ob.-Hosp. 23.	30
10.	Prostituirte	8
11.	Tagelöhnerinnen und «Schwarzarbeiterinnen»	35
12.	Weibliche Hospitalsbeamte	2
13.	Hausfrauen und versch. andere Berufsarten	24
	Summa	357

Die Alterstabelle combinirt sich passend mit der Mortalitätstabelle. Obgleich unser Hospital kleinere Kinder nicht aufnimmt, sind doch einige solche bei uns verpflegt worden und zwar wenn sie mit ihrer gleichzeitig erkrankten Mutter eintraten oder wenn die Mutter zum Wartepersonal des Hospitals gehörte. Die jüngste Kranke war 5 Jahr alt, im Ganzen sind Kinder unter 10 Jahren verpflegt worden 6, — welche sämmtlich genasen. — Die älteste Kranke war 71 Jahr alt und starb.

Wenn wir 6 Kranke, welche nach durchgemachtem Flecktyphus an anderweitigen Krankheiten starben, abrechnen und 17 (mit 2 Todten) deren Alter nicht notirt ist, — so haben wir 508 Kranke mit 67 Todten = Mort. 13,2.

Unter 10 Jahren	6 Kranke	mit	0 Todten	= Mort.	—
10—19 Jahr	69 »	»	2 »	= »	2,9
20—29 »	169 »	»	11 »	= »	6,5
30—39 »	132 »	»	13 »	= »	10,—
40—49 »	87 »	»	20 »	= »	23,—
50—59 »	32 »	»	12 »	= »	37,5
60—71 »	13 »	»	9 »	= »	69,2
Summa	508 Kranke	mit	67 Todten	= Mort.	13,2

Nehmen wir die oben ausgeschlossenen 23 Fälle hinzu so haben wir 531 Kranke mit 75 Toden = Mort. 14,1. Rechnen wir die 6 Kranken, welche nach überstandenem Flecktyphus an unabhängigen Krankheiten starben, zu den Genesenen, so ergeben sich auf 531 nur 69 Todesfälle = 13,0.

Die jüngste Verstorbene war 17 Jahr alt; alle, die jünger waren als 17 Jahr (im Ganzen 40) sind genesen.

Die Todtenziffer war bei (s. o.):

27 zum Personal des Hosp. gehörigen	1 = Mort.	3,7
30 im Hosp. inficirten anderweit. Kanken	10 = »	33,3
57 Flecktyphen enhospitalen Ursprungs	11 = Mort.	19,3

Die Krankeiten, welche unabhängig vom durchgemachten Typhus zum Tode führten, waren

2 Mal Nephritis parench.
2 » Fb. recurrens.
1 » Cancer vaginae.
1 » Pyämie nach Nervendehnung wegen Ischias

In diesen Fällen hat der durchgemachte Typhus höchstens nur dadurch auf den Ausgang Einfluss haben können, dass die Kräfte geschwächt, der Organismus überhaupt weniger resistent geworden war. Die übrigen 69 Todesfälle sind dem Flecktyphus zur Last zu schreiben.

Der Tod trat ein ohne alle Complication einfach durch den Typhusprocess 49 Mal und zwar

am 7. Tage	1 Mal
» 8. »	1 »
» 9. »	3 »
» 10. »	1 »
» 11. »	7 »
» 12. »	7 »
» 13. »	2 »
» 14. »	6 »
» 15. »	6 »
» 16. »	2 »
» 17. »	1 »
» 18. »	2 »
» 19. »	1 »
» 20. »	2 »
Summa	42.

In 7 Fällen trat der Tod ein etwa in der 2. Woche, ohne dass der Krankheitstag zu bestimmen war.

Complicationen mit Erkrankungen der Speicheldrüsen kamen vor im Ganzen 23 Mal und zwar im Dec. 1, Jan. 2, Febr. 2, März 4, April 1, Mai 7, Juni 4, Juli 1, Aug. 1. — Darunter waren:

Einseitige Parotitis	13 mit	4 Todten
Doppelseit. »	4 »	3 »
Einseitige submax. Adenitis	5 »	3 »
Doppelseit. » »	1 »	1 »
Summa	23 mit	11 Todten

In mehr oder minder directer Abhängigkeit vom Typhusprocess war der Tod herbeigeführt 9 Mal, und zwar durch

Decubitus	4 Mal.	
» und Pneumonie	1 »	
Pneumonie und Lungengangrän	2 »	
Erysipel	1 »	
Chronischen Darmcatarrh	1 »	

Als Nachkrankheiten, die nicht zum Tode führten, sind ferner zu erwähnen Erysipelas mit 4 Fällen; Bronchitis, Pneumonie, Keratitis, Darmcatarrh, Glutäal-Abscess je 1 Fall und in 3 Fällen erkrankten Typhus-Convalescenten später an Febr. recurrens (mit Einrechnung der bereits früher erwähnten 2 tödtlichen Fälle im Ganzen 5).

Die Dauer des eigentlichen typhösen Fiebers betrug in den nicht während desselben tödtlichen Fällen

8 Tage	4 Mal
9 »	20 »
10 »	37 »
11 »	47 »
12 »	57 »
13 »	86 »
14 »	49 »
15 »	60 »
16 »	30 »
17 »	20 »
18 »	13 »
19 »	4 »
20 »	9 »
21 »	4 »
22 »	1 »
24(?) »	1 »
	442

Hienach ist die mittlere Fieberdauer 13 Tage, von kürzerer Dauer waren 172 Fälle, von längerer 191.

Referate.

F. Howitz: Inversio uteri completa, 18 Monate alt, Reposition. (Centralblatt für Gynäkologie. 1881. № 6.)

Pat. 26 Jahre alt, wurde am 15. August 1880 im Hospital von Fredericksberg mit einer completen Uterusinversion, die vor 18 Monaten nach einer Entbindung entstanden, aufgenommen. Nachdem das wiederholte Einlegen eines Kolpeurynters mit nachfolgenden Reductionsversuchen in der Chloroformnarkose erfolglos geblieben und wegen starker Blutungen aufgegeben und auch mehrere andere vom Verf. erdachte Verfahren nicht zum Ziele geführt, gelang die Reduction am 6. December durch folgende Behandlungsweise: Zunächst werden einige Zeit lang warme Douchen gebraucht, darauf täglich Repositionsversuche ohne Chloroform und Massage des Uterus. Zwischen den Repositionsversuchen trägt Pat. einen Kolpeurynter. Nach Verlauf einiger Wochen, sobald die Anschwellung des Uterus geringer geworden, tägliche Dilatation der Stelle der Umstülpung mittelst einer Polypenzange, deren Branchen wie bei einer Geburtszange vereinigt werden können, mit gleichzeitigen Repositionsversuchen.

Auf die warmen Vaginaldouchen und Dilatation der Umstülpungsstelle legt Verf. grosses Gewicht. W.

Prof. v. Hasner (Prag.): Ueber Farbenscheu. (Centralblatt für praktische Augenheilkunde. Januar-Heft 1881).

Als eine bisher in der opthalmologischen Literatur nicht verzeichnete Störung der Augen beschreibt Verf. die „Farbenscheu" oder Chromotophobie, und fasst dieselbe als ein Symptom erhöhter Irritabilität des lichtempfindenden Apparates, speciell als einen Zweig der retinalen Photophobie auf. Die Farbenscheu besteht in einer erhöhten Reizbarkeit und einem Widerwillen gegen bestimmte Farben, wobei es zuweilen zu anderweitigen reflectorischen Erscheinungen wie Kopfschmerz, Schwindel, Uebelkeit und selbst Erbrechen kommen kann. Verf. theilt 3 von ihm beobachtete Fälle von Farbenscheu mit, einen Fall von Weissscheu, einen von Rothscheu (Erythrophobie) und einen von Blauscheu (Kyanophobie). In allen drei Fällen erschien der Augenhintergrund völlig normal, das Farbenperceptionsvermögen nicht herabgesetzt. L.

Simanowski: Therapeutische Wirkung der Tinctura convallariae majalis bei einer Herzneurose. (Еженедѣльная медицинская газета. № 10. 1881.)

Eine 30jährige bleiche und nervöse Frau litt an nervösem, anfallsweise auftretendem Herzklopfen, verbunden mit ausstrahlenden Schmerzen in den linken Arm. Objectiv war eine mässige Dilatation des rechten Ventrikels und des linken Vorhofes nachzuweisen. Alle angewandten Mittel waren erfolglos geblieben, bis endlich Botkin die Tra. convall. maj. 4 Mal tägl. zu 10 Tropfen verordnete. Nach einer Woche hatten alle Beschwerden aufgehört und die objectiven Symptome der Dilatation des Herzens waren bis auf eine leichte Dämpfung im oberen Theil der linken Parasternallinie geschwunden. D—o.

Wolfe (Glasgow): Ueber die Transplantation stielloser Hautlappen. (Centralbl. f. prakt. Augenheilkunde. Januar-Heft. 1881).

W. hat bei einer Frau, welche sich in Folge einer Verbrennung des Gesichtes ein totales Ectropium des unteren linken Augenlides zugezogen hatte, wobei das untere Thränenkanälchen etwa einen halben Zoll von seiner normalen Lage fortgezogen war, in folgender Weise erfolgreich operirt:

Zuerst wurde der untere Lidrand abpräparirt und das obliterirte Thränenkanälchen geöffnet, in dieses wurde eine Sonde eingeführt und dieselbe weiter in den Ductus lacrymalis vorgeschoben. Hierauf bogenförmige Incision etwas jenseits des gefalteten Randes der Narbe und Freipräparirung des unteren Augenlides, — nun wurde die Sonde in den Thränennasengang geschoben, um dadurch die Lider in richtiger Lage zu erhalten. Nun wurden die Ränder beider Lider durch 4 Suturen aneinandergefügt. Alles Narbengewebe wurde sorgfältig entfernt und der Defect in seiner ganzen Ausdehnung freigelegt. Nach einem aus Leinwand angefertigten Modell wurde nun aus dem Vorderarm ein Hautlappen ausgeschnitten von ovaler Form, dessen Längsdurchmesser 44 Mm., der Querdurchmesser 31 Mm. betrug; derselbe wurde vom subcutanen Gewebe befreit und in den Defect im Augenlide mittelst feiner Seidenligaturen eingefügt. Sofort nach Fixirung des Lappens wurde in warmes Wasser getauchte Leinwand auf seine Oberfläche gelegt. Weitere 10 Minuten lang wurde er mit warmen Umschlägen behandelt, dann mit in warmes Wasser getauchter Leinwand bedeckt, worüber noch 4 Lagen trockener Leinwand gelegt wurden. Die ganze Wunde mit Guttapercha bedeckt und durch einen festen Verband in seiner Lage fixirt. Erster Verbandwechsel am 3. Tage. Der Lappen war angeheilt und sah nicht weiss sondern normal aus. Am 8. Tage wurden alle Nähte entfernt — nur ein kleiner Theil der Haut nach innen hatte sich abgehoben, im Uebrigen war der Lappen vollkommen fest angeheilt. Am 15. Tage Trennung der Augenlider. Der cosmetische Effect war ein sehr befriedigender. Verf. macht den Erfolg der Operation von der Sorgfältigkeit des Operateurs abhängig. Der zu transplantirende Lappen muss von seinem Unterhautfettgewebe vollkommen befreit werden und in Anbetracht der nachträglichen Schrumpfung grösser, als der von ihm zu deckende Defect ist, geschnitten werden. — Die sofort nach der Fixation des Lappens applicirten warmen Umschläge werden vom Verf. in analogen Fällen sehr empfohlen. L.

Prof. Breisky: Ueber die intrauterine Localbehandlung des Puerperalfiebers. (Zeitschrift für Heilkunde. 1880. 3. u. 4. Heft.)

Verf. hat an einer Reihe von 15 Fällen die permanente Irrigation der Uterushöhle mit lauem 2% Carbolwasser vorgenommen, und verwerthet seine Resultate unter Reserve, — da das Beobachtungsmaterial nur gering ist, — zu folgenden Schlüssen: Bei oberflächlichen Affectionen, wo die Innenfläche des Uterus der Sitz des fiebererzeugenden Processes ist, leistet die Irrigation sehr viel, — in anderen Fällen, wo diese Bedingung nicht erfüllt ist, kommt die Manipulation nur als wärmeentziehendes Mittel von oft bedeutender Wirkung in Betracht. Ueble Zufälle hat Verf. nicht beobachtet, stimmt mit Schroeder darin überein, dass dieselben leichter bei periodischer Irrigation beobachtet werden. Zum Schluss bespricht er die prophylactische Desinfection des Uterus nach der Geburt, und warnt entschieden davor, ohne dringende Indication dieselbe etwa ständig in jedem Falle vornehmen zu wollen. S—t.

Russische medicinische Literatur.

№ 94. Wratsch. № 16.
Inhalt: a) O. Petersen: Ueber die Desinfection in Hospitälern.
b) Prof. N. Ssorokin: Ueber Parasiten des Auges.
c) N. Tscherepnin: Der pathologisch-anatomische Befund bei Vergiftung mit Colchicin.
d) G. Herzenstein: Das Militär-Sanitätswesen im letzten türkischen Kriege.

№ 95. Medizinskoje Obosrenje. April-Heft 1881.
Inhalt: a) N. Müller: Zur Anthropologie der Kinderbevölkerung des Moskauschen Gouvernements und der mittleren Zone Russlands.
b) Schirăjew: Ueber die Veränderungen der Blutgefässe bei Syphilis.

№ 96. Sitzungsprotocolle der kaukasischen medicinischen Gesellschaft. 1881, № 15 und 16.
Inhalt: a) H. Struve: Ueber Blutkrystalle (№ 15).
b) N. Tischewski: Ueber die Beschäftigung der Kranken in den Hospitälern (№ 16).

c) P. Smirnow: Scorbutepidemie in der kaukasischen Lehrcompagnie (№ 16).
d) Th. Otten: Analysen der Tiflis'schen Mineralquellen.

№ 97. **Klinitscheskaja Gaseta № 14.**
Inhalt: a) N. Ssimanowski: Ueber den Einfluss der sensitiven Nerven auf Function und Ernährung des Herzens. (Aus der Klinik des Prof. Botkin).
b) P. Uspenski: Die Bedeutung der Spanischfliegenpflaster und Metalle in der Therapie der Nervenkrankheiten. (Schluss).
c) F. Pasternazki: 2 Fälle von Rotzkrankheit bei Menschen. (Forts).
d) G. Rein: Kaiserschnitt oder Exstirpation des schwangeren Uterus. (Schluss).

№ 98. **Sdorowje. № 158.**
Inhalt: a) Prof. Andrejewski: Ueber die Fürsorge der Landschaftsversammlungen in Bezug auf die Organisation einer Sanitätsaufsicht der Schulen. (Schluss).
b) Raspopow: Die Impfung im Waldaischen Kreise. (Forts.)
c) D. Mendelejew: Der Sanitätszustand der Arbeitercolonie bei der Wolgabrücke. (Forts.)

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Lehrbuch der Hygieine von Prof. J. Nowak. Lief. 8. — Töplitz und Denticke. Wien 1881.
— Strangulated veins of the uterus and other papers gynäcological and surgical by Th. H. Buckler. (Sep.-Abdr. aus Boston med. and surgic. journ. 1881.)
— Revista médica de Chile. № 7.
— La emulacion. № 1. — Redact.: Juan Dondé R. — Merida de Yucatan. 1881.
— Cronica medico-quirurgica de la Habana. № 3.
— Le réveil médical. № 11.
— La independencia médica. № 38—41.
— Gaceta medica de Bahia. № 4, 5, 6, 8. — Redact.: Dr. A. Pacifico Pereira.
— Revista médico-quirurgica. № 18.
— Paris médical. № 14 u. 15.
— Ein Fall von Febr. intermittens mit einer Temperatur von 46° C. von J. Bassanowitsch. (russ.) — Sep.-Abdr. aus Medizinskoje Obosrenije. Jan. 1881.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztlichen Vereins.

Sitzung vom 15. December 1880.

1. Dr. Herrmann giebt einen Bericht über die Krankenbewegung während des November im Obuchow-Hospital. Es sind 1241 Kranke aufgenommen, d. i. 100 mehr als im October. Das Plus fällt auf die Männerabtheilung, wo die letzten supernumerären Betten eröffnet wurden. Die 3 Typhusformen sind vor Allem gestiegen von 28% im October auf 34,8% der Gesammtaufnahme im November und zwar hat besonders der Flecktyphus zugenommen; er ist im November auf das Doppelte, auf 10% gestiegen; die Zahl der Kranken am Flecktyphus beträgt 92 M. u. 24 W. = 116.

Die croupösen Pneumonien sind sogar zurückgegangen, die Phthisen und chronischen Darmkatarrhe nebst Enterohelkosen zeigen dieselben hohen Zahlen wie im October. Die chirurgischen Krankheiten und Verletzungen sind ungewöhnlich spärlich aufgetreten.

Typh. exanth.	October	39 +	16	=	55	oder	4,76%
	November	87 +	36	=	123	oder	9,91%
Typh. abdomin.	October	96 +	40	=	136	oder	11,82%
	November	131 +	23	=	154	oder	12,60%
Typh. recurrens	October	121 +	17	=	138	oder	12,00%
	November	135 +	20	=	155	oder	12,40%
Pneumonia	October	28 +	9	=	37	oder	3,20%
	November	17 +	8	=	25	oder	2,00%
Phthisis	October	57 +	31	=	88	oder	7,69%
	November	71 +	27	=	98	oder	7,84%
Cat. chron. intest.	October	49 +	2	=	51	oder	4,43%
	November	51 +	11	=	62	oder	4,99%

Mortalität October 7,59%, November 10,04%. An der Zunahme der Sterblichkeit haben die Typhusformen kaum Antheil:

an T. recurrens starben 3,20%
» » exanth. » 5,15%
» » abdominalis » 7,11%

Von seltenen Fällen sind vorgekommen eine Pustula maligna am Halse. Ansteckung durch einen neuen Pelz. Die Fälle, die zeitig zur Behandlung kommen, gehen jetzt meist gut; so auch dieser. Es wird ein Kreuzschnitt gemacht, die Wunde mit Carbolsäure und Wasser zu gleichen Theilen verbunden und gegen die Drüsenschwellung in der Umgebung Unguentum cinereum eingerieben. Ferner vorgekommen ein Fall von Malleus. Pat. hatte eine Contusion erhalten, hatte dann im Hospital einen Typhus abdominalis durchgemacht und starb. Es fand sich unerwartet Malleus.

Dr. Sperck theilt mit, dass noch nie so viel Kranke im Kalinkin-Hospital gelegen haben wie gegenwärtig, nämlich 610. Der Zuwachs kommt besonders auf die sog. Freiwilligen. Früher machten sie etwa ⅓ Aller aus, jetzt ungefähr die Hälfte.

Dr. Froben bemerkt dazu, dass auch unter den Männern die Syphilis merklich zugenommen habe, so dass gegenwärtig Abweisungen syphilitischer Kranken stattfinden.

2. Dr. Bidder hält einen Vortrag über Zertrümmerung des Fötus bei vernachlässigter Querlage mit besonderer Berücksichtigung der beiden neuerdings dazu empfohlenen Instrumente, des Braun'schen Schlüsselhakens und des Schulze'schen Sichelhakens. Der Vortrag ist zum Druck bestimmt.

3. Dr. Metzler referirt kurz einen Fall von incarcerirter Cruralhernie, die er operirt hat.

4. Dr. Sperck berichtet über seine Erfahrung mit Sublimatbädern gegen Hautausschläge. Bekanntlich herrscht die Ansicht, dass durch Bäder das Sublimat in den Organismus nicht eindringe und Vortragender bestätigt die Ansicht. Es wird ʒj—jj auf ein Bad genommen; er braucht seit langer Zeit diese Bäder bei nässenden Eczemen, wo also die Epidermis oft stellweise fehlt. Obgleich er bis zu 120 Bäder gegangen ist, hat sich doch keine Folgewirkung auf den Gesammtorganismus gezeigt. Ferner behandelt Vortragender die Psoriasis vulgaris mit diesen Bädern, nachdem zuvor mit grüner Seife die Epidermis entfernt worden. Das Resultat tritt dann selbst bei den hartnäckigsten Fällen rasch ein; Intoxicationserscheinungen treten nicht auf. Auch gegen Scabies der Kinder werden die Bäder mit Erfolg angewandt; auch ohne Intoxicationserscheinungen. Auch syphilitische Kinder werden damit behandelt, und die syphilitischen Erscheinungen schwinden bald; ohne, wie man annehmen muss, dass Sublimat aufgenommen wird.

z. Z. Director Dr. Herrmann.
Secretär Dr. Tiling.

Dr. H. v. Blumenthal.

Nachruf, gehalten am 24. März 1881 im Verein praktischer Aerzte in Moskau von Dr. Veh sen.

Meine Herren! Vor wenigen Tagen, am 21. März, trugen wir das Ehrenmitglied unseres Vereins Herrn Dr. Blumenthal zu Grabe. Es scheint mir des hochverehrten entschlafenen Collegen würdig, ihm durch einen Nachruf eine stille Trauerfeier zu bereiten, hier in dem Kreise unseres Vereins, dessen Mitstifter er vor 40 Jahren gewesen und in dessen Mitte er, als letzter der ärztlichen Coryphären dieser Stadt aus der Zeit von 1835 bis 1870, über 30 Jahre eine vielseitige Thätigkeit entwickelt hat.

Nicht kann hier die Absicht vorliegen eine erschöpfende Biographie zu entwerfen und seine Thätigkeit als Arzt, Professor, Administrator, Schriftsteller, Pädagoge und Dichter ausführlich zu schildern und kritisch zu beleuchten. Es genüge zu betrachten, was Blumenthal als Arzt den Aerzten überhaupt und unserem Verein im Besonderen gewesen.

Was vor 5 Jahren unsere Beglückwünschung zum 50-jährigen Doctor-Jubiläum dem hochverehrten Manne aussprach, das fasste damals das Wesentliche über ihn zusammen, gewinnt aber gegenwärtig eine tiefere Bedeutung, gleichsam einen höheren Werth.

In der Hospital-Leitung ein hervorragender Administrator, war Blumenthal, mit klarem, vorurtheilsfreiem Urtheil, ein feiner genauer Beobachter am Krankenbette, ein vorsichtiger, eklektischer Therapeut, gegen die Kranken geduldig, rücksichtsvoll, gegen jüngere Collegen freundlich, ermuthigend, deren Ansicht berücksichtigend, in der Discussion objectiv, ernstruhig, versöhnend; in seinen mannigfaltigen Schriften haben vielseitiges umfangreiches Wissen, fleissiges Forschen und gewissenhafte Ausdauer ein nicht unbedeutendes wissenschaftliches Material zu Tage gefördert.

Diese Geistes-Gaben des Arztes waren gepaart mit Offenheit, Wahrheits- und Friedensliebe, Bescheidenheit, Herzensgüte, Milde, Gerechtigkeit, grossem Wohlwollen, Uneigennützigkeit und einer Neigung zum Mystischen. Diesen reichen, schönen Eigenschaften setzte aber die edelste Krone auf Blumenthal's sittlich-hohe Auffassung des ärztlichen Berufs und die selbstlose, aufopfernde, gewissenhafttreue Ausübung desselben, welche wesentlich in seiner tiefsten christlichen Lebensüberzeugung wurzelten, durch diese gleichsam die höchste Weihe erhielten.

Auf Grund dieses ganzen geistigen und sittlichen Lebens gelang es Blumenthal vortrefflich auch die beiden Hauptzwecke unseres Vereins — ärztlich-wissenschaftliches Streben und Förderung wahrer Collegialität — stets in reger, hervorragender Weise zu verwirklichen. Dieses Gesammtbild Blumenthal's erhebt ihn daher für uns Aerzte Alle, Alt und Jung, besonders innerhalb unseres Vereins, zu einem leuchtenden Vorbilde als Arzt und als Mensch und wir, die ihn näher gekannt, werden gewiss den allgemein hochverehrten Mann in seiner hohen leicht vorgebeugten Gestalt, mit dem freundlichen, gewinnenden Blick und dem liebenswürdigen ruhigen, einnehmenden Wesen stets in dankbarer Erinnerung behalten.

Friede seiner Asche!

Tagesereignisse.

— Am 16. April verstarb hierselbst der Ehren-Leibmedicus, Geheimrath Dr. Eleasar Smelski. Der Verstorbene, welcher nahezu fünfzig Jahre im Dienste gestanden hat, war zugleich Mitglied des militär-medicinischen gelehrten Comites und berathendes Mitglied des Medicinalraths.

— Am 17. April ist hierselbst Dr. Constantin Barth, Arzt am Hofe des Grossfürsten Michael Nikolajewitsch, im 39. Lebensjahre am Typhus exanthematicus gestorben.

— Dr. Ebermann theilt uns mit, dass für das Pirogow-Jubiläum bisher eingegangen sind 3131 Rbl. baar und 1 Billet der III. Orient-Anleihe im Betrage von 1000 R. Zugleich bittet Dr. Ebermann die ausgetheilten Sammelbücher ihm bis 1. Mai zurückliefern zu wollen.

— Zum Professor der pathologischen Anatomie an der medico-chirurgischen Academie ist der bisherige Prosector für dieses Fach, Dr. N. Iwanowski, gewählt worden.

— Wie uns mitgetheilt wird, ist hier bei einem der mit Trichinen Inficirten, einem noch jungen Manne von ca. 27 Jahren, welcher sich bereits in voller Reconvalescenz befand, der Tod in Folge von Herzschwäche eingetreten.

Miscellen.

— Nach einem Bericht des Dr. Whit befanden sich unter den in der Irrenanstalt zu Birmingham in 25 Jahren aufgenommenen 3800 Kranken 525 Trunkfällige, mithin der 7. Theil; unter 761 Privatkranken waren 142 Trunkfällige, also $^1/_5$. In 55 Asylen Englands betrug die Zahl der dem Alkoholgenuss ergebenen den 9. Theil der Anstaltsbevölkerung. (The mental science — D. med. W.)

Personal-Nachrichten.

Amtliche.

— *Ordensverleihungen*: Der *St. Alexander-Newski-Orden mit Brillanten*: Dem Leibmedicus Geheimrath Zyzurin, Chef des Hofmedicinalwesens. Der *St. Alexander-Newski-Orden*: Dem Leibmedicus Dr. med. et chir. Philipp Karell, Ehrenmitglied des militär-medicinischen gelehrten Comites. Der *St. Annen-Orden I. Cl.*: Dem Leibchirurgen Dr. med. Geheimrath Hirsch.

— *Befördert*: *Zum wirklichen Staatsrath*: Der ält. Ord. des Militärhospitals zu Helsingfors, Knipowitsch; der ält. Arzt des Stadthospitals zu Gatschino, Dr. med. Nensberg; der Arzt des Palais zu Strelna, Ehren-Hofmedicus Butusow und der Arzt des Moskauer Hofcomptoirs, Ehren-Hofmedicus Jürgens.

— *Ernannt*: Der Professor-Adjunkt der Kaiserlichen medico-chirurgischen Academie, Dr. med. Bystrow — zum Ehren-Leibmedicus des Kaiserlichen Hofes; der jüng. Arzt des 95. Infanterie-Regiments, Dr. med. Kruglewski — zum Ehren-Leibchirurg des Kaiserlichen Hofes; der Badearzt zu Hapsal, C.-R. Hunnius — zum Ehren-Hofmedicus und der Dr. med. Girgensohn — zum ält. Arzt des Pleskauer Landschafts-Hospitals.

Enthoben seiner Stellung: *auf eigene Bitte*: der Arzt des temporären Polizei-medicinischen Comites zu Warschau, wirkl. Staatsrath Dr. med. v. Bock.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 19. April 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	950	350	1300
Alexander- «	739	166	905
Kalinkin- «	—	459	459
Peter-Paul- «	373	164	537
St. Marien-Magdalenen-Hospital	166	72	238
Marien-Hospital	284	480	764
Ausserstädtisches Hospital	543	149	692
Roshdestwensky-Hospital	49	33	82
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	329	139	468
5 zeitw. Hospitäler	605	134	739
Ausschlags-Hospital	12	9	21
Summa der Civilhospitäler	4050	2155	6205
Nikolai-Kinder-Hospital	43	47	90
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	61	101	162
Elisabeth-Kinder-Hospital	31	31	62
Summa der Kinderhospitäler	135	179	314
Nicolai-Militär-Hospital	578	19	597
Ssemenow'sches Militär-Hospital	272	—	272
Kalinkin-Marine-Hospital	250	—	250
Gesammt-Summa	5285	2353	7638
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	1285	450	1735
Scarlatina	20	34	54
Variola	6	9	15
Venerische Krankheiten	642	454	1096

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 12. bis 19. April 1881 besucht von 1780 Kranken, darunter zum ersten Mal von 834.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs

für die Woche vom 5. bis 11. April 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 756 (Todtgeborene 30). Mortalität der Woche für das Jahr berechnet 58,71 p. M.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
493	263	756	110	3	67	17	16	41	118	105	78	62	51	24	12	20

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 63, Typh. abd. 41, Febris recurrens 23, Typhus ohne Bestimmung der Form 19, Pocken 1, Masern 2, Scharlach 10, Diphtheritis 16, Croup 0, Keuchhusten 2, Puerperalkrankheiten 4, Dyssenterie 4, Thiergift 0.

— Gehirnapoplexie 4, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 27, acute Entzündung d. Athmungsorgane 80, Lungenschwindsucht 136, Gastro-intestinal-Krankheiten 125, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 36, Marasmus senilis 23, Krankheiten des Gehirns 24, Krankheiten der Lungen 17, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 16, Krankheiten der Bauchorgane 29, Cachexia 13.

— Tod durch Zufall 7, Selbstmord 3.

— Andere Ursachen 31.

Nächste Sitzung des allgem. Vereins St. Petersburger Aerzte, Dienstag den 5. Mai 1881.

Nächste Sitzung d. deutschen ärztlichen Vereins, Montag den 4. Mai 1881.

Soeben erschienen:

Lehrbuch
der
Gehirnkrankheiten
für
Aerzte und Studirende
von
Dr. C. Wernicke,
Privat-Docent an der Universität Berlin.

Band I. 57 (1)
Mit 96 Abbildungen.
23 Bog. gr. 8°. Preis 12 Mark.

Verlag von **Theodor Fischer** in Kassel.

Die
Dr. Kreyser'sche Wasserheilanstalt
vormals im Demidow-Pereulok, befindet sich jetzt
Michaelplatz № 15, nächst der Passage,
und steht unter Leitung von
Dr. J. Fränkl 11 (38)
früher Assistent bei Prof. Winternitz und leitender Arzt der Wasserheilanstalt Priessnitzthal bei Wien. Die Anstalt ist von 8 Uhr Morg. bis 6 Uhr Abends geöffnet — für Damen von 12 bis 2 Uhr. Daselbst Zimmer für Kranke.

Teplitz
(Böhmen)
Lindenstrasse
„Königshof"

Chirurg. orthopädische Heil-Anstalt.
Heilmittel: Thermal-, Moor- und Douchebäder, Electrotherapie, **Gymnastik**, **Massage**, **orthopäd. Apparate**, **event. Operationen**. — Auf Verlangen Pension im Hause. — Auskunft ertheilen die Leiter 39 (10)

Dr. H. Langstein, Operateur und Badearzt. **Dr. J. Samuely,** Operateur und Badearzt.

Anfang März 1881 eröffne ich in **Hamburg** eine
Privatheilanstalt f. Nervenkranke.
53 (1) Dr. **P. G. UNNA,** Dammthorstrasse 31.

VICHY
Direction: Paris, 22, boulevard Montmartre.
GRAND-GRILLE. Gegen lympathische Neigungen, schlechte Verdauung, Verstopfung der Leber, der Milz, des Leibes, Steinkrankheit u. s. w.
HOPITAL. Gegen Verdauungsbeschwerden, Magenbeschwerden, Appetitlosigkeit, Magenschmerzen u. s. w.
CÉLESTINS. Gegen Kreuzschmerzen, Blasenleiden, Steinkrankheit, Podagra, Appetitlosigkeit u. s. w.
HAUTERIVE. Gegen Kreuzschmerzen, Blasenleiden, Steinkrankheit, Podagra, Appetitlosigkeit u. s. w. — Man fordere die Bezeichnung der Quelle auf der Schachtel.
En vente à St. Pétersbourg:
chez Mrs. Stoll & Schmidt, Societé pharmaceutique commerciale russe, H. Klos & Co.
15 (9)

Prämiirt Lyon 1872, Wien 1873, Paris 1878 Silb. Medaille.

Saxlehner's Bitterquelle
Hunyadi János
durch **Liebig, Bunsen, Fresenius** analysirt, sowie erprobt und geschätzt von medizinischen Autoritäten, wie **Botkin, Zdekauer, Bamberger, Virchow, Hirsch, Spiegelberg, Scanzoni, Buhl, Nussbaum, Esmarch, Kussmaul, Friedreich, Schultze, Ebstein, Wunderlich** etc. verdient mit Recht als das
Vorzüglichste und Wirksamste aller Bitterwässer
empfohlen zu werden. — Niederlagen sind in allen soliden Mineralwasserhandlungen und den meisten Apotheken, doch wird gebeten stets ausdrücklich **Saxlehner's Bitterwasser** zu verlangen. 31 (24)
Der Besitzer: **Andreas Saxlehner, Budapest.**

Es werden verschiedene medicinische Bücher, chirurgische und Augeninstrumente verkauft.
62 (3) **Литейная, д. № 45, кв. № 33.**

JOHANNISBERG
bei Geisenheim im Rheingau.

Am 1. Mai d. J. eröffnet der Unterzeichnete, der bisher nahezu 10 Jahre lang als 2. Arzt an der Heilanstalt für Nerven- und Gemüthskranke zu Görlitz, die letzten 4 Jahre als Director der schlesischen Provinzialanstalt zu Plagwitz thätig war, an Stelle der früheren Wasserheilanstalt «Bad Johannisberg» eine

Curanstalt für Nervenleidende,

in welcher Nervenkranke aller Art, mit **Ausschluss geistig Gestörter**, einen vor äusseren Störungen Schutz bietenden Aufenthalt bei specialärztlicher Behandlung unter entsprechender Mitwirkung der Hydro- und Electrotherapie finden. Alles Nähere besagen die Prospecte, die auf Wunsch zur Verfügung stehen.

37 (1) Ctrl. Mak. 10361 **Dr. Ewald Hecker.**

Saison vom 15. Mai bis zum 1. October.

BAD DRIBURG.

Station der Westfälischen Eisenbahn.

Altbewährte, kohlensäurereiche Stahlquelle ersten Ranges.
Kräftiger Schwefelmoor. Ozonreiches Wald- und Gebirgsklima.

Hauptindicationen: Blutarmuth, — Erkrankungen des Nervensystems, zumal Hysterie, Hypochondrie, Migräne, mehr oder minder constanter Kopfschmerz, Ischias, Gesichtsschmerz, — Frauenkrankheiten, — chronischer Darmcatarrh, — Blasencatarrh, Stein- und Griesbildung, — Rheumatismus und Gicht. Aerztliche Anfragen besorgen die Herren Aerzte, Brunnenarzt Geh. Rath Dr. Brück, Brunnenarzt Dr. Hüller, Dr. Riefenstahl, Dr. Venn. 45 (4)

Wohnungs- und Brunnenbestellungen sind zu richten an die Gräfl. von Sierstorpff'sche Administration.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 24 Апрѣля 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh., Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Nowsky-Prosp. № 5, einzusenden.

ST. PETERSBURGER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg,
Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 18. St. Petersburg, 2. (14.) Mai. 1881.

Ueber die Bedeutung der Bewegung für das Leben der niederen Organismen.

Von

L. Tumas.

Vor Kurzem wurde in Pflüger's Archiv eine Arbeit von Prof. Reinke[1] veröffentlicht über den Einfluss mechanischer Erschütterung auf die Entwickelung der Pilze. Sie steht in unmittelbarem Connex mit den Untersuchungen, die schon vorher von Dr Horvath[2] ausgeführt worden und in dem Aufsatz «Ueber den Einfluss der Bewegung und Ruhe auf das Leben» niedergelegt worden sind. Sowohl Prof. Reinke als auch Dr. Horvath gelangen zu dem Schluss, dass die Entwickelung der niederen Organismen bei Bewegung aufgehalten wird, wobei Dr. Horvath sagt, dass, wenn die zum Versuch dienende Flüssigkeit durch 48 Stunden starker Bewegung unterzogen wird, die in ihr enthaltenen Organismen unfähig werden sich weiter zu vermehren, Prof. Reinke hingegen auf Grundlage seiner Versuche zu einem etwas anderen Schlusse gelangt, und zwar: ‹Aus beiden Versuchen, sagt Prof. Reinke, geht zur Genüge hervor, dass in einer durch Schallwellen erschütterten Nährlösung sich die Spaltpilze unter sonst gleichen Bedingungen weit langsamer entwickeln, als in einer in Ruhe befindlichen Flüssigkeit; völlig sistirt wird ihre Vermehrung aber keineswegs, und ist daher nicht anzunehmen, dass ihr Leben durch andauernde Erschütterung der gleichen Art vernichtet werden sollte».

Die zu den Versuchen dienende Flüssigkeit war bei beiden Autoren die gleiche, und zwar: «auf 1 Liter destillirten Wassers wurden genommen: 10 Grm. neutrales weinsteinsaures Ammoniak, 5 Grm. saures phosphorsaures Kali, 5 Grm. schwefelsaure Magnesia und 0,5 Grm. Chlorcalcium. Diese Lösung gekocht und filtrirt, ist völlig klar und durchsichtig[1]. Prof. Reinke aber benutzte, ausser dieser Flüssigkeit noch Liebig'schen Fleischextract, sehr verdünnt, zu dem er einige Tropfen (2) Zuckersyrup hinzufügte. Bei Dr. Horvath wurde die zugeschmolzene und an beiden Enden abgerundete Glasröhre, in welcher die zu untersuchende Flüssigkeit sich befand, mit Hülfe eines Wassermotors in Bewegung gesetzt, der in der Minute 120—100 Schwingungen machte, wobei noch Extra-Stösse erhalten wurden. Prof. Reinke hingegen benutzte bei seinen Versuchen eine auf anderem Wege hervorgerufene Bewegung. Wir führen seine Worte an: «Um eine Nährlösung nebst den darin enthaltenen Spaltpilzkeimen in so lebhafte moleculare Schwingungen zu versetzen, dass man nicht mit Nägeli zu befürchten braucht, die auf solchem mechanischen Wege in einer Flüssigkeit erzeugten Bewegungen seien ««im Verhältniss zu den molecularen Bewegungen allzu langsam»», habe ich mich eines, wie ich glaube zweckmässigen Verfahrens bedient. Ich habe Schallwellen von hinreichender Intensität durch die Flüssigkeit hindurchgesandt, und zwar habe ich mich dazu der Longitudinalschwingungen bedient, weil dieselben weit höhere Schwingungszahlen liefern, als die transversalen. Es war zu dem Ende nur nöthig einen (soliden oder hohlen) Glas- oder Metallstab durch Reiben in der Richtung seiner Längsachse zum Tönen zu bringen und dann eine Stelle desselben, welche keinen Schwingungsknoten enthielt, in die betreffende Flüssigkeit eintauchen zu lassen, wobei sich die Schwingungen der kleinsten Theilchen des tönenden Körpers auf die Molecule der Flüssigkeit übertragen und im Wasser mit der für dieses Medium constanten Geschwindigkeit sich fortpflanzen, während für die Zahl der Schwingungen in der Zeiteinheit der tönende Körper maassgebend ist. (l. c. S. 439.)

[1] Prof. Reinke: Ueber den Einfluss mechanischer Erschütterung auf die Entwickelung der Spaltpilze, Pflüg. Arch. Bd. XXIII, S. 434.

[2] Ueber den Einfluss der Ruhe und der Bewegung auf das Leben. Pflüg. Arch. Bd. XVII, S. 125.

[1] Dr. Horvath l. c., S. 130.

Während ich im vorigen Jahre im Laboratorium des Prof. W. A. Manassein dieses Thema bearbeitete, d. h. den Einfluss der Bewegung und der Ruhe auf die Entwickelung der niederen Organismen, führte ich meine Versuche mit einer anderen Flüssigkeit aus und unter etwas anderen Bedingungen als die erwähnten Autoren, und gelangte zu einem Schluss, der nicht vollständig mit demjenigen dieser Autoren übereinstimmt. Meine Arbeit [1] ist in der Zeitung «Wratsch» abgedruckt, und ich gebe hier einen Auszug aus derselben, da sie in der deutschen medicinischen Literatur noch unbekannt ist.

Bei meinen Versuchen stellte ich mir die Frage: Ist Ruhe des Mittels die allerbeste Bedingung, um in ihm organisches Leben zur Entwickelung zu bringen, oder ist es erforderlich, dass das Mittel sich in einer gewissen Bewegung befindet? Als Resultat einer ganzen Reihe von Versuchen, die von mir ausgeführt wurden, habe ich gefunden, dass als ein vorzügliches Moment für die Entwickelung wenigstens einiger niedriger Organismen nicht volle Ruhe des Mittels dient, sondern Bewegung desselben; die Bewegung darf jedoch nicht stark, stürmisch, sondern muss gemässigt sein. Der Leser kann nach den unten angeführten Versuchen leicht ein Urtheil darüber gewinnen, wie stark diese Bewegung sein muss.

Die Versuche wurden in folgender Art gemacht: es wurden zwei Portionen einer und derselben Flüssigkeit genommen; eine befand sich, caeteris paribus, in voller Ruhe; die andere in beständiger Bewegung. Zu letzterem Zweck wurde der Perpendikel einer Wanduhr mittlerer Grösse verwandt. Von demselben wurde die Linse abgenommen, und an ihrer Stelle ein Gläschen fest angebracht, das mit der Flüssigkeit gefüllt war; dann liess man die Uhr gehen. Um die Bewegung der Flüssigkeit zu verstärken, wurde am Endpunkt der Schwingungsexcursion des Perpendikels eine lange elastische Nadel in die Wand gestochen. Dadurch wurde erreicht, dass der Perpendikel, wenn er auf seinem Wege die Nadel berührte, den erhaltenen Stoss der Flüssigkeit mittheilte, welche dadurch in wellenförmige und gewissermaassen vibratorische Bewegung versetzt wurde [2]. Um den Gang des Pendels zu verstärken, wurden an die Gewichte der Uhr verschiedene gewichtige Gegenstände angehängt. Die Gläschen wurden aus Glasröhren geblasen und hatten eine längliche Form mit unbedeutender Ausbauchung in der Mitte. Das eine Ende wurde halbkugelförmig ausgeblasen, das andere erstreckte sich bogenförmig nach oben und hinten. Die Länge des Gläschens betrug von $2^1/_2$—3 Cm., der Breitendurchmesser $1^1/_2$ Cm. oder etwas weniger. Mit der breitesten Stelle wurde das Gläschen an den Perpendikel gebunden. Als Versuchsflüssigkeit diente frischer Harn, in einzelnen Fällen möglichst frische Milch [3]. Bekanntlich wird die alkalische Gährung des Harns bedingt durch die Entwickelung niederer Organismen. Ich machte bei meinen Versuchen auch Gebrauch von dem Uebergang der sauren Reaction des Harns zur alkalischen. Natürlich muss diejenige Harnportion, die schneller und früher ihre Reaction verändert, caeteris paribus mehr niedere Organismen enthalten, welche diese Reaction bewirken. Um dieselbe zu entdecken, goss ich zum frischgelassenen Harn einige Tropfen blauer Lackmus-Lösung, so dass der Harn eine schwache Himbeerfarbe oder zuweilen eine etwas dunklere Färbung annahm. Wenn man zu einem solchen Harn einen Tropfen schwacher Ammoniaklösung hinzugiesst, oder aber ihn der alkalischen Gährung überlässt, so nimmt er einen grünlichen Farbenton an; wo aber die Reaction nicht verändert wird, da bleibt natürlich die Farbe die gleiche wie früher. Die beschriebene Reaction ist sehr empfindlich für die alkalische Gährung des Harns. Von letzterer kann man sich noch durch 2 Mittel überzeugen: 1) durch Bildung einer bedeutenden Trübung [1]) im Harn und 2) durch mikroskopische Untersuchung. Bei jedem Versuch zog ich alle drei Mittel in Anwendung.

Die Versuche wurden in folgender Reihenfolge ausgeführt:

1) 5 Parallelversuche, wobei die Hälse der Gläschen offen blieben. (Sowohl bei diesen, als auch bei allen folgenden Versuchen befanden sich die zwei Gläschen, — das eine am Perpendikel, das andere an der Wand, natürlich unter gleichen Bedingungen, was Licht, Wärme etc. anbelangt. Die Temperatur des Zimmers schwankte zwischen 14—17° R.)

2) 8 Versuche, bei welchen die Hälse der Gläschen mit Salicyl-Watte verschlossen waren.

3) 8 Versuche, bei welchen die Hälse der Gläschen mit Carbolwatte und ausserdem genau mit geschmolzenem Wachs verschlossen waren.

4) 7 Versuche mit fest zugeschmolzenen Gläschen.

Diese vier Versuchs-Serien gaben folgende Resultate:

In allen Fällen, ohne Ausnahme, wurde der in beständiger Bewegung befindliche Harn schneller trübe, bekam früher den gräulichen Farbenton, und zeigte unter dem Mikroskop unvergleichlich viel mehr niedere Organismen, als der in Ruhe gewesene Harn.

In der ersten Versuchsreihe gingen diese Veränderungen etwas früher und deutlicher ausgeprägt vor sich, als in der 3. und 4. Reihe, die zweite Reihe hielt ungefähr die Mitte zwischen beiden.

Da die Resultate so gleiche waren, beschränke ich mich der Kürze halber darauf, blos einige Beispiele anzuführen.

---

[1] О значенiи движенiя для жизни низшихъ организмовъ. „Врачъ" 1880. № 21, Май.

[2] Diese beiden Arten Bewegung kann man deutlich sehen, wenn man zu der sich bewegenden Flüssigkeit ein wenig (etwa Kohlen-) Pulver hinzufügt.

[3] Da übrigens mit Milch nur wenig Versuche gemacht wurden (das Object erwies sich als ungeeignet), so werde ich dieselben nicht berücksichtigen.

[1] Hier muss ich erwähnen, dass in dem in Ruhe befindlichen Gläschen sich auch eine wenngleich unbedeutende Trübung auf dem Boden bildet, sie ist aber ein Niederschlag von Harnsalzen. Schüttelt man das Gläschen, so setzt sich die Trübung, nachdem sie sich gleichmässig durch die ganze Flüssigkeit vertheilt hatte, nach einiger Zeit, — etwa nach $1^1/_2$ Stunden, — wieder am Boden ab. Das geschieht nicht mit dem in beständiger Bewegung befindlichen Gläschen, wenn man es der Ruhe überlässt. Die in diesem Gläschen sich gebildet habende Trübung ist erstens viel bedeutender, und setzt sich zweitens nicht am Boden ab, da sie durch die niederen Organismen bedingt ist, welche gleichmässig vertheilt im Harn schwimmen. Bei mikroskopischer Untersuchung wird es übrigens klar, dass diese beiden Trübungen verschiedener Natur sind, dass die eine vorzüglich durch einen unorganisirten Niederschlag, die andere vorzüglich durch niedere Organismen bedingt wird, da die letzteren in den sich bewegenden Gläschen in weit grösserer Anzahl sich präsentiren, als in den in Ruhe befindlichen.

Versuch der ersten Reihe: 24. Dec. 1879 um 2 Uhr Tags[1] wurde in zwei Gläschen die gleiche Quantität auf oben beschriebene Weise präparirten Harns gegossen. (Der Kürze wegen wird in allen Fällen mit B das Gläschen bezeichnet werden, welches sich in Bewegung befand, mit R. dasjenige, das in Ruhe war).

25. Dec. 9 Uhr Morg. Der Harn in B und R klar, ohne Farbenveränderung.

26. Dec. 9 Uhr Morg. In B ein wenig getrübt, in R klar. Um 7 Uhr Abends ist der Unterschied noch deutlicher.

27. Dec. 12 Uhr in B vollkommen trübe, in R leichte Trübung.

28. Dec. 11 Uhr Morg. in B die charakterist. grüne Färbung, in R die Farbe unverändert, die Trübung hat etwas zugenommen. Unter dem Mikroskop erwies sich in B eine enorme Menge von niederen Organismen, das ganze Gesichtsfeld war dicht mit ihnen besäet. In R. hingegen fanden sich nur wenige, so dass man sie leicht zählen konnte.

Versuch der 3. Reihe, am 16. Jan. 1880 4 Uhr wurde der Versuch begonnen. 18. Jan. 8 Uhr Morg. in B leichte Trübung, in R klar.

19. Jan. um 8 Uhr Morg. in B mehr Trübung, in R klar.

20. Jan. 12 Uhr in B vollkommen trübe mit etwas veränderter Färbung, in R. leicht trübe.

21. Jan. 5 Uhr in B grüne Färbung, in R. wie früher.

Die mikroskop. Befunde stimmten mit den oben angeführten überein.

Versuch aus der 4. Reihe. Um den Versuch schneller ausführen zu können, wurden in diesem Falle zu 200 Ccm. Harn zwei Tropfen alkalischen Harns hinzugefügt. Im Uebrigen alles wie bei den anderen Versuchen. Am 10. März um 7 Uhr Abends begann der Versuch. Am 11. März wurden keine besonderen Veränderungen beobachtet. Am 12. März um 9 Uhr Morg. in B bedeutende Trübung und Farbenveränderung (gräuliche Färbung); in R wie früher klar. Um 4 Uhr in B vollkommen trübe, in R wie früher. Unter dem Mikroskop in B eine enorme Anzahl niederer Organismen, in R dagegen sehr wenig. Es ist bemerkenswerth, dass, wenn man zum Harn vorläufig einige Tropfen alkalischen Harns hinzugiesst, bei der endgültigen alkalischen Gährung des ganzen Gemischs anstatt grüner eine graue Färbung erhalten wird, nur mit einer ganz schwachen grünlichen Nuancirung. Ich unternahm die Versuche auch mit der Absicht, mich zu unterrichten, um wie viel schneller annähernd die alkalische Gährung in B sich vollendet, als in R.

Einer der Versuche, nach dem Muster der 4. Reihe. Der Versuch begann am 10. März um 7 Uhr Abends. Drei Gläschen wurden genommen, das eine in beständiger Bewegung, die beiden anderen in Ruhe. 12. März um 8 Uhr Morg. in B bedeutende Trübung; in R klar. Um 4 Uhr Nachmittags in R leichte Trübung. Unter dem Mikroskop in B Myriaden von Bacterien[2]; eines der R-Gläschen wurde zur mikrosk. Untersuchung genommen, enthielt nur sehr wenig Bacterien. Das andere R hingegen zu weiterer Beobachtung aufbewahrt. 14. März 8 Uhr Morg. die Trübung in R ein wenig stärker, als am gestrigen Tage, und die frühere Farbe scheint zu schwinden. 15. März 8 Uhr Morg. bedeutende Trübung. Um 4 Uhr nahm R einen graulichen Farbenton an. Unter dem Mikroskop eine stattliche Anzahl von Bacterien.

So ergab sich aus einer ganzen Reihe von verschiedenen Versuchen (dieselben fanden nach dem Muster obiger 4 Reihen statt), *dass unter dem Einfluss mässiger Bewegung die Entwickelung der niederen Organismen doppelt (am häufigsten), drei Mal, zuweilen sogar (seltener) fast 4 Mal so rasch erfolgt, als in der Ruhe.*

Da es mir möglich war, bis zu einem gewissen Grade die Stärke der Bewegung zu verändern, so konnte ich mich noch von folgendem Umstande überzeugen: Die Entwickelung der niederen Organismen geht um so besser, um so schneller vor sich, je stärker caeteris paribus die Bewegung des Mittels ist.

Dieses letztere Resultat widerspricht auf den ersten Blick scheinbar den Thatsachen des Dr. Horvath. Aber de facto darf man das nicht sagen, hauptsächlich, weil bei meinen Versuchen die Bewegung immerhin eine gemässigte war, während Dr. Horvath mit einer starken Bewegung arbeitete. Es ist sehr möglich, dass dabei Momente gegeben waren, welche die Entwickelung hemmten. So weist Naegeli[1] darauf hin, dass bei Horvath's Versuchen wahrscheinlich viel Wärme sich bildete und zwar mehr, als die äusserste Grenze beträgt, bis zu welcher das Leben der niederen Organismen noch möglich ist. Zweitens ist es möglich, dass auch die verschiedenen Flüssigkeiten Ursache der verschiedenen Resultate sind. Andererseits, da das Factum Horvath's unzweifelhaft ist, so muss man es, — wie man es auch erklären möge — im Auge behalten und folglich muss man zu folgendem Schluss kommen: *Nicht volle Ruhe, nicht starke Bewegung des Mittels sind die besten Bedingungen für die Entwickelung jener niederen Organismen, welche bisher in dieser Richtung untersucht worden sind.*

Wie soll man aber die Erscheinung erklären, dass die Flüssigkeit bei Bewegung schneller in Gährung übergeht? Bei Ausführung der oben dargelegten Versuche drängte sich unwillkürlich der Gedanke auf, dass vielleicht in diesem Falle der Sauerstoff der Luft eine Rolle spielt. Denn die Flüssigkeit, die sich in Bewegung befand, bot eine grössere Berührungsfläche für die Atmosphäre, — und gleichzeitig wurden die oberen Schichten immer wieder ersetzt durch neue untere Schichten. Auf diese Weise ist es klar, dass die Flüssigkeit in höherem Maasse die Möglichkeit hatte, sich mit Sauerstoff zu versorgen, — und folglich für die niederen Organismen ein günstiger Moment gegeben war zu schnellerer Vermehrung. Andererseits kann derselbe Umstand, d. h. die umfangreichere Berührung mit der Luft auch dadurch günstig wirken, dass unbrauchbare gasförmige Produkte, die in der Flüssigkeit sich gebildet hatten, leichter entweichen konnten.

Steht es einmal fest, dass die Bewegung der Flüssigkeit

[1] Da die Uhren (drei an der Zahl) sich bei mir im Zimmer befanden, so hatte ich die Möglichkeit, mehrmals täglich den Versuch zu controliren.

[2] Der Kürze wegen beschränke ich mich nur auf die Erwähnung von Bacterien. Es ist ja Jedem bekannt, dass bei der alkalischen Gährung des Harns eine grosse Menge noch anderer niederer Organismen vorkommt, wie: Mikrokokken, Streptokokken, Vibrionen etc.

[1] Naegeli, Theorie der Gährung. München 1879.

nicht nur nicht als Hemmschuh der Entwickelung der niederen Organismen dienen, sondern sogar unter gewissen Bedingungen dieselbe befördern kann, so bleibt eine ganze Reihe von in der Natur beobachteten Facten schon nicht mehr ganz unverständlich. So hob Naegeli [1] in seiner Entgegnung gegen Horvath unter Anderem hervor, dass der Horvath'schen Theorie das Factum widerspricht, das man bei Wasserfällen beobachten kann, wo man zuweilen, ungeachtet der Bewegung der Flüssigkeit, eine reiche Vegetation niederer Organismen findet.

Ebenso ist es nicht wunderbar, dass man bei einigen infectiösen Krankheiten, im circulirenden Blute, im Blute des lebenden Menschen Myriaden niederer Organismen findet (wie z. B. Spirochaeten bei Febr. recurrens).

Uebrigens sind Erscheinungen letzterer Art zu complicirt, als dass man sie durch blos einen Umstand erklären könnte. So wäre es z. B. gewagt, jenes Factum, dass bei Injection einer bacterienreichen Flüssigkeit ins Blut eines Thieres, nach einiger Zeit keine Spuren von Bacterien gefunden werden, damit zu erklären (wie Dr. Horvath es im Interesse seiner Theorie thut), dass die Bewegung des Blutes im lebenden Organismus der Entwickelung der Bacterien hinderlich ist, und sie desshalb zu Grunde gehen und verschwinden. Es wäre deshalb gewagt, weil es noch unbekannt ist, wie dieses neue Mittel, d. h. gesundes, normales Blut, auf diese Organismen einwirkt, *abgesehen* von seiner Bewegung oder Ruhe.

Ebenso gewagt ist es, die grössere Entwickelungs-Energie der niederen Organismen in einem Sumpf als in einem Fluss damit zu erklären, dass ersterer sich in Ruhe befindet, letzserer in beständiger Bewegung. Einmal befindet sich der Sumpf nicht in absoluter Ruhe, sein Wasser wird insbesondere durch Winde in Bewegung gesetzt, obgleich nicht so heftig und stark, wie das bei vielen Flüssen der Fall ist, andererseits aber ist die chemische Zusammensetzung der Sümpfe und Flüsse durchaus verschieden (und diesen Gesichtspunkt muss man im Auge behalten bei Analyse der Momente, welche der Fäulniss Vorschub leisten); ausserdem sind in dem Sumpfe, der seinen Ort nicht verändert, die Bedingungen für die Fäulniss schon desshalb weit bedeutender, weil er durch Jahre, durch Jahrzehnte eine enorme Menge von Substanzen in sich aufnimmt, die zur Fäulniss geeignet sind, weil er nirgendwoher frische Zuflüsse bekommt, weil er seinen Inhalt nicht erneuert. Die Flüsse aber? Sie sind keine Minute in Ruhe, sie erneuern beständig ihren Inhalt, sie erhalten in der Mehrzahl der Fälle ihr Wasser rein, aus Quellen, schmelzendem Schnee etc.

Es ist somit klar, dass man wohl kaum diese ganze complicirte Combination von Erscheinungen, die bei Analyse der Einflüsse, welche auf die Entwickelung der niederen Organismen einwirken, zu beobachten sind, auf die beiden einfachen Zustände: Bewegung oder Ruhe zurückführen kann.

Die letzteren müssen ohne Zweifel eine bestimmte Rolle in der Entwickelung der niederen Organismen spielen, seien sie in Sümpfen oder Flüssen, in Wasserfällen oder im Blute; wie gross aber diese Rolle sein mag im Vergleich zu anderen, welche auf den Antheil der übrigen Faktoren im Entwickelungsprocess der niederen Organismen entfallen, ist natürlich schwer a priori zu sagen.

[1] Op. cit.

Referate.

Prof. Alfr. Graefe: Ueber caustische und antiseptische Behandlung der Conjunctivalentzündungen mit besonderer Berücksichtigung der Blennorrhoea neonatorum. (Sammlung klin. Vorträge v. Volkmann. № 192.)

Nach kurzer, präciser Characterisirung des blennorrhoischen, des croupös-diphtheritischen und des folliculär-trachomatösen Entzündungstypus der Conjunctivalschleimhaut geht Verf. sofort zur Therapie der beiden erstgenannten Entzündungsformen über.

Indem Verf. die caustische Behandlung, d. h. die mit Argentum nitricum sowohl in Lösung als auch mit mitigirtem Lapis einer eingehenden Prüfung unterzieht, kommt er zu folgenden Resultaten. Wird eine succulente blennorrhoisch erkrankte Conjunctiva mit 2—4% Lösung von Argent. nitr. oder mit mitigirtem Lapis touchirt, so entsteht an ihrer Oberfläche eine Eschara, und gleichzeitig kommt es zu einer Steigerung aller Entzündungserscheinungen — «Stadium der Reaction». Bald jedoch treten die Entzündungserscheinungen unter ihr früheres Niveau zurück. Mit diesem Zurückgehen der Entzündungserscheinungen fällt die Losstossung der Eschara zusammen — «Stadium der Depletion». Die Loslösung der Eschara geschieht unter sehr gesteigerter Transsudation aus dem entzündlich geschwellten Gewebe und als unmittelbare Folge dieser Depletion tritt eine Remission aller Entzündungserscheinungen ein. Das Gefährliche der caustischen Behandlung liegt demnach im Stadium der Reaction, das Heilsame in dem diesem folgenden Stadium der Depletion. Eine Heilwirkung der caustischen Behandlung wird nur da zu erwarten sein, wo eine Loslösung der Eschara zu erwarten steht, und vor Schaden wird man nur dann bewahrt bleiben, wenn das Reactionsstadium von kurzer Dauer ist, wenn die Loslösung der besagten Eschara nicht lange, nicht über 1—6 Stunden auf sich warten lässt. Bedingung zur Loslösung der Eschara überhaupt ist die Succulenz der Schleimhaut, und nur dort ist die caustische Behandlung indicirt, wo purulente Secretion sich mit einer durch flüssige, nicht zur Gerinnung neigende Transsudate bedingten Schwellungsform der Schleimhaut verbunden zeigt. Dem entsprechend ist die caustische Behandlung indicirt bei rein blennorrhoischen Erkrankungsformen der Conjunctiva, da alle diese mit hochgradiger Succulenz des Gewebes verbunden sind, bei croupösen und besonders bei rein diphtheritischen Entzündungsprocessen, bei welchen die Succulenz der Schleimhaut eine weit untergeordnetere Rolle spielt, ja bei der reinen Diphtherie einer tiefen brettharten Infiltration des Gewebes mit gerinnungsfähigem Transsudat Platz gemacht hat, wo somit eine Losstossung des durch die Aetzung erzeugten Schorfes gar nicht zu erwarten steht, ist die caustische Behandlung in Folge der durch dieselbe erzeugten, sehr lange anhaltenden Reaction streng contraindicirt und muss durch antiseptische Behandlung ersetzt werden. Durch die Erfahrung belehrt, empfiehlt Verf. bei Conjunctivalblennorrhoe in den ersten Tagen der Erkrankung, selbst wenn die Succulenz des Gewebes eine bedeutende ist, von der caustischen Behandlung abzustehen, da sich in diesem Stadium die gebildete Eschara nur sehr langsam abstösst, somit das Stadium der Reaction nach der Aetzung ein sehr protrahirtes ist. Man bediene sich in diesem Stadium Tag und Nacht fortzusetzender Eiswasserumschläge und bringe alle halbe Stunde 4% Borsäurelösung oder 1½—2% Carbolsäurelösung in den Conjunctivalsack, selbstredend nach ausgiebiger Reinigung desselben.

Durchschnittlich vom 3. oder 4. Tage der Erkrankung an ist die caustische Behandlung zulässig und zwar empfiehlt Graefe mit schwachen Lapislösungen (1½%) die Behandlung zu beginnen. Werden diese Aetzungen gut vertragen, so steige man auf 2—3% Lösungen und in Fällen, wo der Papillarkörper der Bindehaut sehr stark geschwellt ist, benutzt Verf. 4% Lapislösung oder den mitigirten Lapisstift. Bevor es nicht zur vollkommenen Abstossung der gebildeten Eschara gekommen, und sich der, nach Ablösung dieser, defecte Epithelüberzug der Schleimhaut nicht wieder vollkommen regenerirt hat, darf die Aetzung nicht wiederholt werden. Wird das zuletzt erwähnte Moment ausser Acht gelassen, so führt die zu früh wiederholte Cauterisation zu Narbenbildung in der Conjunctiva, welche ihrerseits zu nachtheiligen Folgen führen kann und deshalb auf's Strengste zu vermeiden ist. Für gewöhnlich ist es genügend, alle 24 Stunden einmal zu touchiren, nur in den hartnäckigsten mit sehr heftiger Schwellung des Papillarkörpers einhergehenden Fällen empfiehlt Verf. 2 Mal in 24 Stunden zu cauterisiren. Mit dem Zurückgehen der Erkrankung wird allmählich wieder zu schwächeren Aetzmitteln übergegangen, wobei jedoch die oben auseinandergesetzten Momente immer im Auge behalten werden müssen. Etwaig bestehende Affectionen der Cornea, contraindiciren die caustische Behandlung in keiner Weise, im Gegentheil macht Graefe die Rettung eines durch bereits vorhandene Hornhautaffection schwer bedrohten Auges nur von der strengen Anwendung der oben genannten Behandlungsweise abhängig. Ausser der eben beschriebenen caustischen Behandlung empfiehlt Verf. bei blennorrhoischer Conjunctivitis, besonders bei drohender Hornhautaffection einen aus Carbolwatte hergestellten Druckverband auf mehrere Stunden in Anwendung zu ziehen. Diese Verbände sollen in der Periode nach Losstossung des durch die Cauterisation erzeugten Schorfes angelegt werden, und soll dadurch nicht nur die Lidgeschwulst verringert, sondern auch der Eintritt der blennorrhoischen Recrudescenz entschieden retardirt

werden. Einen schädlichen Einfluss des durch den Druckverband lange im Conjunctivalsacke zurückgehaltenen Secrets auf die Cornea, will Verf. niemals beobachtet haben (?). Da alle mit stärkerer Secretion einhergehenden Conjunctivalerkrankungen infectiöser Natur sind, so empfiehlt Graefe auch für die blennorrhoischen Formen ausser der caustischen eine antiseptische Behandlung, will jedoch in keinem Falle bei diesen die erstgenannte Behandlungsweise von der letzteren, wie es andere Autoren gethan haben, verdrängt wissen. Für die blennorrhoischen Erkrankungen ist nach Graefe die caustische Behandlungsmethode von allergrösster Bedeutung. Alles bisher Gesagte gilt sowohl von der Blennorrhoea neonatorum als auch von der gonorrhoischen Conjunctivitis und den anderen blennorrhoischen Conjunctivalerkrankungen Erwachsener.

Ganz anders verhält es sich mit der croupös-diphtheritischen und der rein diphtheritischen Conjunctivitis. Hier ist die caustische Behandlung von vorn herein aus den oben angeführten Gründen contraindicirt und hier tritt die antiseptische Behandlung, bisher freilich in Ermangelung eines Besseren, in ihr volles Recht. Die hierbei in Betracht kommenden Mittel sind: Aqua chlori, 1—2% Carbolsäurelösung, 4% Borsäurelösung, 4—5% Lösung v. benzoesaur. Natron, ¹/₁₀% Thymollösung etc. In dem ersten Stadium der Conjunctivaldiphtherie wendet Verf. mit gutem Erfolge Eisumschläge an, und giebt diesen vor Cataplasmen entschieden den Vorzug. Ausgiebige Spaltung der äusseren Commissur wirkt häufig günstig auf die bedeutende pralle Schwellung der Lider und somit durch Herabsetzung des durch diese auf die Hornhaut ausgeübten Druckes auch günstig auf die nur zu häufig drohenden Hornhautaffectionen. Ausserdem wendet Verf. bei diphtheritischer Conjunctivitis nach Albrecht v. Graefe's Vorschrift Mercurialien an.

Zum Schlusse seiner Arbeit bespricht Graefe die sehr wichtige Frage der Prophylaxis obengenannter Krankheiten, und empfiehlt, um die Neugeborenen vor der ihnen so häufig verhängnissvoll werdenden Blennorrhoe zu schützen, in den ersten 2—3 Tagen nach der Geburt mit 2% Carbolsäurelösung den Conjunctivalsack auszuwaschen. Um bei einseitiger blennorrhoischer Erkrankung das andere Auge zu schützen, wendet Verf. einen antiseptischen Verbannd für das gesunde Auge an.

Als aetiologisches Moment der Blennorrhoea neonatorum betrachtet Verf. ausschliesslich die Berührung der kindlichen Conjunctiva mit dem Secrete der Schleimhaut der Geburtswege, wobei die Infection freilich nicht immer während der Geburt zu erfolgen braucht, sondern auch nachträglich durch Lochiensecret, durch unsaubere Wäsche etc. zu Stande kommen kann. Die eben von uns referirte Arbeit bietet trotz ihres kleinen Umfanges so viel Interessantes, was in einem Referat nicht Alles wiedergegeben werden kann, dass sie Jedem, der sich für die besprochene, wahrlich wichtige Frage interessirt, auf's Wärmste empfohlen werden kann. L.

A. Adamkiewicz: Ueber den Einfluss des Senfteigreizes auf Anaesthesie und normale Empfindung. (Berl. kl. W. № 12 u. 13).

In einem Vortrage in der Gesellschaft Krakauer Aerzte erörtert A. das Princip der bilateralen Symmetrie speciell in Bezug auf gewisse vom Sympathicus abhängige Nervenfunctionen. Des Verf. Studie über die Schweisssecretion ist bereits in № 42 Jahrg. 1878 dieser Wochenschrift besprochen. Das Specialthema des Vortrages sind A's. Studien über den Effect des Senfteigreizes auf gew. Functionen der Hautnerven.

Indem Verf. die Versuche Burcq's und Charcot's, die als Metalloskopie bekannt sind, mit Senfteigen wiederholte, gelangte er zu ganz denselben Resultaten, so dass er die Sinapiskopie der Metalloskopie gleichwerthig erklärt. Bei centraler anatomischer Hemianästhesie brachten Senfteige nach ca. ¹/₂-stündiger Dauer Gefühl von Brennen hervor und Rückkehr der Sensibilität, die indessen nicht von Dauer war; — Transfert fehlte. Bei hysterischer Hemianästhesie erhielt A. Wiederherstellung der Sensibilität für jede Art von Reizen bei gleichzeitigem Erlöschen derselben auf der symmetrischen Stelle der anderen Körperhälfte — Transfert. In einem Falle, in welchem die anästhetische Körperhälfte zugleich paretisch und niedriger temperirt (um 6° C.) war, fand ein vollkommner Transfert aller Erscheinungen statt, und war nun die Temperatur der gesunden Körperhälfte um ebensoviel gesunken, als die der kranken gestiegen. Dieser Temperaturwechsel konnte jedesmal mit grosser Präcision willkürlich producirt werden, womit auch etwaige Täuschungen ausgeschlossen sind.

Adamkiewicz untersuchte nun die Wirkung des Senfteiges bei *gesunden* Personen und gelangte zu folgendem Ergebniss: Dass der Schmerz- und Tastsinn symmetrischer Hautstellen unter normalen Verhältnissen in functioneller Abhängigkeit von einander steht, — dass diese Abhängigkeit den Charakter des Antagonismus trägt, — und dass dieser Antagonismus geweckt wird durch einfache Reize, welche dort wo sie wirken Schmerz- und Tastsinn verfeinern und an der symmetrischen nicht gereizten Stelle abstumpfen. — Die Maximal-Distanz der Spitzen eines Aesthesiometers, welche einfach empfunden wurde, war bei 4 gesunden Personen am Handrücken

vor dem Senfteig:

A. links 2,8 . . . . rechts 4,9
B. » 3,4 . . . . » 2,9
C. » 5,5 . . . . » 7,4
D. » 6,2 . . . . » 5,4

nach 1—1¹/₂-stündiger Einwirkung eines Senfteiges auf die linke Hand:

A. links 1,7 . . . . rechts 5,7
B. » 2,6 . . . . » 3,7
C. » 4,9 . . . . » 8,6
D. » 4,3 . . . . » 6,8

Der Tempeartursinn der Haut verhält sich dem Tastsinn sinapiscopisch *nicht* analog; er wird zwar auf der gereizten Seite verfeinert, jedoch auf der gesunden nicht herabgesetzt.

Der Senfteigreiz bewirkt zugleich gewöhnlich Temperatursteigerung, d. h. Fluxion, an der gereizten Stelle und der symmetrischen der anderen Seite.

Aus diesem letzten Verhalten lässt sich folgern, dass die Einwirkung des Senfteigreizes auf den Tastsinn nicht von der Circulation vermittelt wird, sondern von der grösseren oder geringeren Blutfülle unabhängig ist. —o.—

Köbner: Beschleunigte Heilung des Lichen ruber exsudativus durch subcutane Arseninjectionen. (D. med. Woch. 1881. № 1.)

Ein 39 Jahre alter gesunder Tischler bemerkte im Mai 1879 einige rothe juckende Stellen am Körper und litt seit dem Ende des Februar 1880 an heftigem Jucken am Rücken und dann auch sonst am Körper; vom 30. März bis zum 25. Mai waren 11 Grm. Solut. arsenicalis Fowleri per os verbraucht worden ohne Erfolg. Am 25. Mai fand sich über den ganzen Körper verbreitet Lichen ruber exsudativus. Fünf Injectionen (25.—30. Mai) von zusammen 1,28 Solut. arsen. Fowleri brachten bedeutende Erleichterung. Interne Anwendung desselben Präparates vom 1.—28. Juni: abermals Schlaflosigkeit und Jucken. Vom 29. Juni bis zum 16. Juli subcutane Application von zusammen 2,61 Grm. Solut. arsen. Fowleri: schon nach dem 3. Tage nahm das Jucken ab, bald wurde das Exanthem blass und verschwand fast gänzlich. 3 und 5¹/₂ Monate später hatte sich die Heilung noch vollständig erhalten.

Mithin sei die Prognose des Lichen ruber exsudativus keineswegs so ungünstig, wie die Wiener Schule lehrte, und zweitens müsse die subcutane Arsenapplication weiter angewandt werden. Rr.

N. Hermann: Experimentelle und casuistische Studien über Frakturen der Schädelbasis. (Inauguraldissertation, Dorpat 1881.)

H. studirte, ohne von den Untersuchungen Messerer's zu wissen (s. diese Zeitschrift 1881 № 13), die Elasticitätsverhältnisse des Schädels und diejenigen Frakturen seiner Basis, welche entstehen, wenn man den Kopf zwischen zwei parallelen Platten zusammendrückte.

Er kam bezüglich der Elasticität zu ähnlichen Resultaten wie Messerer und ermittelte gleich jenem auch, dass die Fissuren der Schädelbasis in demselben Sinne verlaufen, in welchem die comprimirende Gewalt angreift. Demgemäss entstehen bei Compression in der Richtung von rechts nach links Querfrakturen der Basis, bei solcher in sagittaler Richtung Längsfrakturen der Basis, bei Druck in diagonaler Richtung diagonale Fissuren.

Die ringförmigen Brüche der Basis zeigen sich bei senkrechtem Druck in der Richtung von der Scheitelhöhe zur Wirbelsäule.

Entgegen Messerer behauptet H., dass das Bersten des Knochens überwiegend häufig an der Stelle beginnt, an welcher die Gewalt angreift. Demnach wären die meisten Fissuren der Basis directe und irradiirte. Nur einmal gelang es H. ganz kurze indirecte aber ebenfalls im Sinne der Gewalteinwirkung verlaufende Basissprünge zu erzeugen.

Literarische Erhebungen führten zu dem Resultat, dass die durch das Experiment erzeugten Bruchrichtungen auch auf dem Sectionstische wiederkehren. Von 75 Fracturen der Schädelbasis waren Querfrakturen 38,6%; Längsfrakturen 28%; Diagonalfrakturen 6,6%. Die ausgesprochene basale Ringfraktur findet sich sehr selten, öfter aber die Andeutung an die Ringform. Au.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

A. Krasin: Die qualitative Analyse des Harnes. (Качественный анализъ мочи примѣнительно къ практическимъ цѣлямъ врачей). Orel 1880. Matwejew, 67 S.

Wie schon der Titel besagt, soll dieses Büchlein dem praktischen Arzte helfen, das Analysiren des Harnes erleichtern. In kurzer Weise giebt Vf. über alle im Harne vorkommenden Stoffe Notizen, sowohl über ihr Verhalten gegen Reagentien, wie auch ihre mikroskopischen Zeichen.

Wir können diese kleine Schrift den Collegen bestens empfehlen, da wir selbst in deutscher Sprache nur wenige Leitfaden der Harnanalyse kennen, die in gleich handlicher Weise alles Wissenswerthe gruppiren. P.

Russische medicinische Literatur.

№ 99. Der Lister'sche Wundverband in ungelisterten Versen. (Листерова перевязка ранъ въ нелистеризованныхъ рифмахъ). St. Petersburg 1881. 12⁰, 16 S.

№ 100. **Wratsch.** № 17.

Inhalt: a) G. Karrik: Ueber Kumyss.

b) M. Afanasjew: Ueber die Oxydation des Zuckers im Körper. (Aus der Klinik des Prof. Eichwald).

c) D. Dubelir: Einfluss des fortgesetzten Gebrauchs von kohlensaurem Natron auf die Zusammensetzung des Blutes. (Aus dem Laboratorium des Prof. E. Ludwig in Wien).

d) G. Herzenstein: Das Militär-Sanitätswesen im türkischen Kriege. (Schluss).

№ 101. **Klinitscheskaja Gaseta.** № 17.

Inhalt: a) E. Schumowa: Ueber den Einfluss des Chloralhydrats auf den Blutdruck. (Aus der Klinik des Prof. Botkin).

b) M. Reich: Grosser Defect im Gesichtsfelde in Folge eines Falles auf den Hinterkopf.

c) F. Pasternazki: 2 Fälle von Rotzkrankheit bei Menschen. (Schluss).

d) G. Rein: Kaiserschnitt oder Exstirpation des schwangeren Uterus. (Schluss).

№ 102. **Wratschebnija Wedomosti.** № 15.

Inhalt: a) D. Orlow: Ueber die Betheiligung der Landschaft an der Kindererziehung.

b) J. Brawin: Ueber das Apothekermonopol.

c) Perlin: Der Sanitätszustand des Pawlograd'schen Kreises.

№ 103. W. Bechterew: Klinische Temperatur-Untersuchungen bei einigen Formen von Geisteskrankheiten. Doct.-Diss. St. Petersburg 1881.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Failure of vaccination by C. Spinzig. (Sep.-Abdr. aus «St. Louis clinical record» für Febr. und März 1881).

— Studie über Adipocire von Dr. J. Kratter (Sep.-Abdr. aus «Zeitschrift für Biologie» Bd. XVI, Jahrg. 1880).

— Ueber Menschenblut und Froschblut. Ein populärer Vortrag von Prof. Al. Schmidt. — E. J. Karow. — Dorpat und Fellin. 1881.

— Der chronische Nasen- und Rachenkatarrh von Dr. Max Bresgen. Mit 11 in den Text gedruckten Abbildungen. — Urban und Schwarzenberg. — Wien und Leipzig 1881.

— Die Heilquellen von Staraja Russa. Badeführer von F. Weber. St. Petersburg 1881.

— Przewodnik po Naleczowie i jego okoliach. Warczawa 1881.

— Compendium der Pharmacie von Dr. R. Godeffroy. Lief. 17 und 18. — Moritz Perles, Wien 1880.

— Pharmaceutische Zeitung № 29. — Red. Dr. Boettger in Bunzlau.

Protokolle des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 10. Februar 1881.

1) Dr. Selenkow theilt die Krankheitsgeschichte einer von ihm mit günstigem Erfolge operirten incarcerirten Nabelhernie bei einem Erwachsenen mit. (Der Fall ist in № 14 dieser Zeitschrift veröffentlicht worden). Der betreffende Patient wird vorgestellt, es besteht gegenwärtig noch eine kleine Fistel am Nabel, sonst ungestörtes Wohlsein, namentlich ist die Durchgängigkeit des Darms eine völlig normale.

2) Im Anschluss an den obigen Fall giebt Dr. Petersen an, dass im evangelischen Hospital im Jahre 1876 eine 60 Jahre alte Frau von Dr. Kade mit günstigem Erfolge an einer incarcerirten Nabelhernie operirt worden sei. Ferner wäre im Alexanderhospital vor einigen Jahren, ebenfalls bei einer älteren Frau, eine incarcerirte Umbilicalhernie zur Beobachtung gelangt, die jedoch nicht operirt worden sei.

3) Dr. Tiling stellt einen Patienten vor, an dem er die Totalexstirpation der Parotis gemacht hat. Der Fall war vom Referenten in der Sitzung vom 9. December 1880 besprochen worden. Mit Ausnahme einer Retraction der Operationsnarbe und Facialisparese ist Pat. vollkommen geheilt.

Anschliessend an den obigen Fall berichtet Dr. Tiling über eine von ihm im vorigen Sommer gemachte *partielle* Exstirpation der Parotis. Der Fall betraf einen 75 Jahre alten Mann, bei dem ausser eines etwa wallnussgrossen an der l. Parotis unter der Fascie sich befindenden nicht adhärenten Tumors, die l. Orbitalhöhle von einer weichen, kleinhöckrigen Geschwulstmasse vollkommen ausgefüllt war, dieselbe überragte pilzförmig die Lidspalte und hinderte den Lidschluss, ein dritter Tumor befand sich an der Glandula submaxillaris. Die Angaben über die Dauer der Erkrankung waren ungenügend, Patient behauptete vor 2 Monaten mit dem l. Auge noch gesehen zu haben. Eine vorläufige histologische Untersuchung des aus der Orbita hervorwuchernden Tumors ergab melanotisches Carcinom. Es wurde zunächst die Orbitalhöhle evacuirt, da der Durchschnitt des Sehnerven sich deutlich melanotisch pigmentirt erwies, so wurde vom Referenten der Opticus noch ein Mal in grösst möglichster Tiefe resecirt, allein auch hier zeigte sich der Durchschnitt nicht völlig frei von melanotischer Pigmentirung. Es folgte hierauf die Exstirpation der Tumoren an der Parotis und der Glandula submaxillaris. Die Heilung aller 3 Operationswunden ging ohne Anstand vor sich, es bestand nur eine leichte linkseitige Facialisparese. Die Tiefe der Orbitalhöhle füllte sich mit Granulationen von normalem Aussehen. Die Stellung der Lider war ebenfalls nicht wesentlich retrahirt. Zur Ueberwachung etwa eintretender Recidive wurde Patient 7 Monate im Hospital behalten. Ohne nachweisbaren Grund trat am Schluss der Beobachtungszeit plötzlicher Verfall der Kräfte ein, die nach einer Woche zum letalen Ausgange führte, einen Tag vor dem Tode wurde Pat. somnolent. Die Section ergab am Foramen opticum eine weiche grauröthliche Geschwulstmasse, die sich bis auf den Boden des 3. Ventrikels verfolgen liess. Referent demonstrirt die exstirpirten Tumoren.

Herr B. Kolbe (der als Gast der Sitzung beiwohnt) demonstrirt einen von ihm construirten «Farbenmesser» zur numerischen Bestimmung von Pigmentfarben und zur graduellen Abschätzung der Farbenblindheit.

Die Wichtigkeit der charakteristischen Verwechselungsfarben bei der Diagnose der Art der Farbenblindheit lässt eine numerische Bestimmung des Farbentones, des Sättigungs- und des Schattirungsgrades wünschenswerth erscheinen. Zu diesem Behufe könnte der Maxwell'sche Kreisel benutzt werden, wenn man farbige Sektoren mit schwarzweissen, die also zusammen neutrales Grau geben, verbindet, doch leidet diese Methode an dem Uebelstande, dass man zur Veränderung der Nuance den Apparat anhalten und wieder in Bewegung setzen muss, was sehr zeitraubend ist; auch ist man nicht im Stande die verschiedenen Farbenübergänge mit einander zu vergleichen.

Der von B. Kolbe construirte «Farbenmesser» besteht im Wesentlichen aus zwei vertical stehenden Kegelstumpfen, (Höhe=20 Cm., unterer Durchmesser 6,5 Cm., oberer 6,0 Cm.) die durch ein entsprechend grosses Schwungrad in schnelle Rotation versetzt werden können. Auf diese Kegelstumpfe stülpt man Mäntel aus feinem weissem Bristolpapier, das in folgender Weise gefärbt ist: Der aufgerollte Mantel wird an der oberen und an der unteren Peripherie in eine gleiche Anzahl Theile (z. B. 4) getheilt und die Theilpunkte zickzackförmig verbunden. Die mit der Basis nach oben gerichteten Dreiecke werden entweder mit Oelfarben (z. B. roth) wiederholt eingerieben bis sie völlig gesättigt erscheinen, oder mit Heidelberger Blumenpapier beklebt. Die gegenstehenden Dreiecke macht man farbig (z. B. blau), wenn man die Mischfarben haben will, dagegen abwechselnd schwarz und weiss, wenn man die Sättigungsgrade braucht, und ganz schwarz oder ganz weiss, wenn man die Schattirungsgrade sucht. Auf diese Weise erhält man alle gewünschten Schattirungs- oder Sättigungsgrade, sowie alle möglichen Mischfarben der betreffenden Farbentöne. Ein schwarz-weisser Mantel liefert alle Stufen des reinen Grau. Der obere Rand des rotirenden Kegelstumpfes zeigt nämlich die gesättigte Farbe der mit der Basis nach oben gelegenen Dreiecke. Proportional der Entfernung nimmt der Zusatz der gesättigten Farbe ab, und der Zusatz des neutralen Grau, resp. der anderen Farbe, steigt, bis der untere Rand letztere allein aufweist.

Um den Sättigungs- und Schattirungsgrad numerisch bestimmen zu können, hat H. Kolbe die Ruge-Brücke'sche Farbenkugel[1] adoptirt, bei welcher bekanntlich die gesättigten reinen Farben in der Reihenfolge, wie sie im Spektrum auf einander folgen, auf dem Aequator der Art vertheilt gedacht werden, dass die Gegenfarben sich im Aequatorialkreise gegenüberstehen (also um 180° weiter). Der + Pol ist weiss, der — Pol schwarz, mithin stellt jeder Meridian (von 0° bis 90°) alle Schattirungsgrade der reinen Farbe dar. Die Achse der Farbenkugel enthält alle Uebergänge von weiss nach schwarz, der Mittelpunkt entspricht dem neutralen Grau. Jeder Radius zeigt also alle möglichen Sättigungsstufen der betreffenden Farbe und zwar proportional der Entfernung vom Mittelpunkte. Für den Radius = 1 entspricht 0,0 dem neutralen Grau, 0,1 = 1 Theil der reinen Farbe auf 9 Theile grau u. s. w. und 1,0 die reine Farbe.

Bei der Untersuchung steht in 5 Mm. Abstand von den Kegelstumpfen ein schwarzer Schirm, der vor jedem Kegelstumpf einen 1,5 Cm. breiten und 21. Cm. langen Spalt hat, welcher durch einen schwarzen Schieber von oben her verdeckt werden kann. Neben dem Spalt befinden sich (rechts und links) zwei Skalen. Bei der einen ist die Höhe des Kegelmantels in 10 Intervalle getheilt und bezeichnet die Sättigungsgrade 0,0—0,1 u. s. w. bis 1,0. Die andere Skala zeigt dieselbe Strecke in 90 Theile getheilt und entspricht den Schattirungsgraden.

Bei der graduellen Messung der Farbenblindheit sitzt der Untersuchte in 1 Metr. Entfernung so vor dem Apparate, dass der Skalenpunkt 0,0 sich in Augenhöhe befindet, und dass die Beleuchtung günstig ist. Erst bei genügend schneller Rotation des Apparates wird der Schieber allmählig zurückgeschoben, bis der Untersuchte die betreffende Farbe richtig, aus einem Vorrath bunter Wollen

[1] E. Brücke: Physiol. d. Farben für die Zwecke der Kunstgewebe Leipzig, März 1866.

nachlegt. Der gefundene Sättigungsgrad giebt unmittelbar, ohne jede Rechnung ein Maass ab für die «Farbenschwäche», wie der Kürze wegen die herabgesetzte Empfindlichkeit für Farben bezeichnet werden kann.

Um einen Anhaltspunkt für die Brauchbarkeit seines Farbenmessers zu einer quantitativen Bestimmung des Farbensinnes zu gewinnen, verglich der Vortragende denselben mit Dor's Tafeln und fand für ein normales Auge:

(Eduard E-th)	für roth	gelb	grün	blau.
nach Dor's Tafeln	10 Meter	11 M.	15 M.	8 M.
mit dem «Farbenmesser»	0,07	0,08	0,04	0,09
Also als relative Empfindlichkeit für grün = 1				
nach Dor $\left\{ \frac{V\ C\ e.}{V\ C\ gr.} \right.$	0,66	0,73	1,00	0,53
nach dem Farbenmesser (umgekehrt proport. dem Sättigungsgrade)	0,57	0,50	1,00	0,44.

Da man die Höhe der Kegelstumpfe, d. h. die Intervalle beliebig vergrössern kann, so ist diese Methode sehr wohl im Stande mit den Dor'schen Tafeln zu concurriren, besonders da sie nicht, wie diese, in ihren Resultaten von der Myopie des Untersuchten beeinflusst wird. (Durch die verschiedene Refraction der Augen des Referenten (l. Emetropie S = 1 r M 6 D ⊃ As h 0,05 ob. inn. unt. auss.) hat er sich vom Einfluss der Zerstreuungskreise selbst überzeugen können. Eine Korrection durch das betreffende Glas half *nicht* viel. Der Farbenmesser, sowie die nach demselben Principe konstruirten Sättigungstafeln sind also in derselben Weise wie Dor's Tafeln zu Massenuntersuchungen brauchbar, während natürlich zu feinen Messungen das Spektroscop allein benutzt werden darf.

Sekretär Dr. Lange.

Eingesandt.

Nachdem in Dorpat die Blatternepidemie ihr Ende erreicht hat, tritt in einer zunehmenden Häufigkeit die Variola auf dem Lande auf, wo bei dem Mangel an Krankenhäusern und bei der Indolenz des Landvolks, welches sich häufig Quacksalbern lieber als den Aerzten anvertraut, von einer erfolgreichen Behandlung der Krankheit wenig gehofft werden kann.

In richtiger Erkenntniss dieses Uebelstandes lassen die betreffenden Behörden, besonders die Kreis-Schutzblattern-Impfungs-Comités es sich angelegen sein, vor Allem die Vaccination, resp. Revaccination dringendst zu empfehlen. Leider bilden aber Vorschriften an die Gemeindeverwaltungen, sowie Gesuche an die Herren Pastore und Aerzte fast das einzige Mittel, das den betreffenden Comités zu Gebote steht.

Das Impfwesen auf dem Lande (spec. Livland.) ruht schon längst bekanntermassen nicht mehr in den Händen der Landärzte, sondern wird von besonders dazu angestellten Gemeindeimpfern besorgt. Früher waren diese Leute für Ausübung ihres Amtes von der Recrutirung befreit, woher das Impferamt grosse Anziehungskraft hatte und unter der (damals vorhandenen) Aufsicht des Gutsherrn recht leidlich besorgt ward. Jetzt, wo der Impfer für seine Arbeit höchstens Befreiung von der Kopf- und Gemeindesteuer geniesst und durch die meist sehr nachlässige Gemeindeverwaltung fast gar nicht unterstützt wird, auch nur ausnahmsweise für seine Arbeit von den Eltern der Impflinge Bezahlung erhält, wird das Vacciniren schwach, das Revacciniren aber garnicht ausgeführt. In den den betr. Behörden halbjährlich vorzustellenden Verschlägen sind allerdings die meisten Kinder als „geimpft" angeführt, ob aber die Impfung auch erfolgreich gewesen, erfährt man nicht.

Um nun eine wirklich genügende Impfung und Revaccination zu erreichen, wäre vor Allem nöthig, dass die Landärzte, (resp. die Aerzte in den kleinen Städten) ausschliesslich die Sache übernähmen, und zwar etwa in folgender Weise:

1. Jede Gemeinde müsste dazu angehalten werden mit einem Arzte wegen jährlicher oder halbjährlicher Ausführung des Impfgeschäftes zu contrahiren. 2. Der Arzt würde zunächst einige Kinder einer Gemeinde behufs Erzielung grösserer Menge von Lymphe vacciniren, und dann etwa eine Woche später (im Gemeinde- oder Schulhause der Gemeinde) alle übrigen Kinder. Die Revaccination könnte jährlich einmal im Beginn des Confirmationsunterrichts in den Pastoraten oder den Parochialschulen besorgt werden. 3. Die Aerzte müssten Impflisten führen in welchen die Zahl der geimpften, resp. revaccinirten Individuen vermerkt, und in einer zweiten Colonne die Resultate der Impfung notirt werden.

Dr. C. Petersenn.
in Rujen, (Livland.)

Tagesereignisse.

— In Witebsk ist der ältere Arzt des dortigen Stadthospitals, Staatsrath Dr. Eduard König, im 43. Lebensjahre gestorben. K. hatte seine medicinische Ausbildung in der medico-chirurgischen Academie erhalten und war nach Beendigung seiner Studien im Jahre 1861 als Ordinator beim Peter-Paul-Hospital in St. Petersburg angestellt worden. Im Jahre 1863 siedelte er nach Witebsk über, wo er Anfangs als Ordinator, vom Jahre 1872 an aber als älterer Arzt am dortigen Stadthospital fungirte, ausserdem aber noch Arzt an dem jüdischen Krankenhause, beim Gymnasium und 2 Eisenbahngesellschaften war. Der Verstorbene beschäftigte sich vorzugsweise mit der inneren Medicin und Augenkrankheiten und erfreute sich einer allgemeinen Beliebtheit in Witebsk.

— Der Commandirende der kaukasischen Armee General-Adjutant Fürst Loris Melikow hat in einem Tagesbefehl an die Truppen des Militärbezirks dem Divisionsarzt, Staatsrath Minkewitsch einen strengen Verweis dafür ertheilt, dass derselbe die ihm zur Untersuchung und Berichterstattung übergebene Sache, betreffend eine ungerechte Klage des Batterie-Commandeurs, Obristlieutenants Tichonow gegen den Veterinärarzt Ssulin, so nachlässig behandelt hatte, dass auf Grund seines Berichts Ssulin der Verletzung der Disciplin für schuldig erachtet und einem 7tägigen Arrest unterworfen wurde.

Miscellen.

— Die Redaction der Berliner klinischen Wochenschrift hat nach dem Tode Waldenburg's, welcher 13 Jahre dieselbe geführt, Professor Dr. C. Ewald in Berlin übernommen. Das bisher befolgte Programm wird auch künftig eingehalten werden, nur soll fortan eine grössere Aufmerksamkeit dem referirenden Theile des Blattes zugewendet werden.

— M. Traube, Dr. phil. et med., fand, dass 9—15 Gramm Milchzucker, fein zerstossen und in einem Glase gekochter warmer Milch Morgens bei nüchternem Magen genossen, ein wirksames und dabei mildes Laxans für den Erwachsenen bilden. Eine Steigerung der Dosis bis zu 24 Grm. hatte ausser einer Verstärkung des abführenden Effectes keinerlei unangenehme Nebenwirkung.

(Deutsch. med. Woch. 1881 № 9).

— Nach Untersuchungen von Rossbach lösen sich Croupmembranen relativ schnell in Papayotinlösungen auf, viel schneller und sicherer als in den bisher dazu empfohlenen Flüssigkeiten, wie manche Säuren, Alcalien etc. Dazu kommt, dass das Papayotin geruchlos, fast geschmacklos und dabei ganz unschädlich ist und bei einem diphtheritischen Kinde angewandt eine günstige Wirkung zeigte. Leider ist es schwer Papayotin zu bekommen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1881 № 10).

Personal-Nachrichten.

Amtliche.

— *Ernannt*: Der Adjunct-Professor der Kaiserlichen medico-chirurgischen Academie, Dr. med. N. Bystrow — zum Ehren-Leibmedicus des Kaiserlichen Hofes und der jüng. Arzt des 95. Infanterie-Regiments, Dr. med. Kruglewski — zum Ehren-Leibchirurgen des Kaiserlichen Hofes, beide mit Belassung in ihren bisherigen Stellungen.

Befördert: *Zum wirklichen Staatsrath*: Der Consultant am Nikolai-Militärhospital zu St. Petersburg, Dr. med. Afanassjew.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 26. April 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	958	352	1310
Alexander- «	744	162	906
Kalinkin- «	—	534	534
Peter-Paul- «	396	159	555
St. Marien-Magdalenen-Hospital	166	73	239
Marien-Hospital	288	482	770
Ausserstädtisches Hospital	545	149	694
Roshdestwensky-Hospital	50	36	86
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	333	146	479
5 zeitw. Hospitäler	658	135	793
Ausschlags-Hospital	12	10	22
Summa der Civilhospitäler	4150	2238	6388
Nikolai-Kinder-Hospital	49	52	101
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	79	110	189
Elisabeth-Kinder-Hospital	33	35	68
Summa der Kinderhospitäler	161	197	358
Nicolai-Militär-Hospital	578	22	600
Ssemenow'sches Militär-Hospital	296	—	296
Kalinkin-Marine-Hospital	242	—	242
Gesammt-Summa	5427	2457	7884

Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	1289	496	1785
Scarlatina	26	31	57
Variola	9	9	18
Venerische Krankheiten	675	531	1206

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 19. bis 26. April 1881 besucht von 2295 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1032.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs

für die Woche vom 12. bis 18. April 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 887 (Todtgeborene 15). Mortalität der Woche für das Jahr berechnet 68,86 p. M.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
571	316	887	123	44	102	18	7	43	130	123	96	73	57	44	11	14

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 70, Typh. abd. 45, Febris recurrens 28, Typhus ohne Bestimmung der Form 23, Pocken 1, Masern 2, Scharlach 10, Diphtheritis 6, Croup 2, Keuchhusten 4, Puerperalkrankheiten 2, Dyssenterie 0, Thiergift 1.

— Gehirnapoplexie 14, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 35, acute Entzündung d. Athmungsorgane 99, Lungenschwindsucht 156, Gastro-intestinal-Krankheiten 128, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 44, Marasmus senilis 41, Krankheiten des Gehirns 32, Krankheiten der Lungen 16, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 27, Krankheiten der Bauchorgane 23, Cachexia 39.

— Tod durch Zufall 15, Selbstmord 4.

— Andere Ursachen 21.

Nächste Sitzung des allgem. Vereins St. Petersburger Aerzte, Dienstag den 5. Mai 1881.

Nächste Sitzung d. deutschen ärztlichen Vereins, Montag den 4. Mai 1881.

Nächste Sitzung der geburtshülfl. Section Donnerstag den 7. Mai a. c.

Bad Lippspringe.

Station Paderborn (Westf. Bahn) am Teutoburger Walde.

Stickstoffreiche Kalktherme (17° R.) mit Glaubersalz und Eisen, feuchtwarme beruhigende Luft, Bäder, Douchen, Inhalationen, dem bewährtesten Standpunkte der Wissenschaft entsprechend in neuen comfortablen Anlagen. Erfolgreiches Bad bei **chron. Lungensucht, pleuritischen Exsudaten, quälenden trockenen Katarrhen der Athmungsorgane, Congestionen dahin, nervösem Asthma, reizbarer Schwäche, Dyspepsie.** Frequenz 2500. Saison vom 15. Mai bis 15. September. Die Curhäuser in den prachtvollen Anlagen gewähren Comfort und vortreffliche Verpflegung. Orchester 18 Mann stark. Gut ausgestattetes Lesezimmer. — Den Wasserversandt bewirkt und Anfragen beantwortet 65 (3)

Die Brunnen-Administration.

MATTONI'S

GIESSHÜBLER

reinster alkalischer **Sauerbrunn,** bestes Tisch- und Erfrischungsgetränk,

vorzüglich verwendbar bei Katarrh der Athmungs- und Verdauungsorgane und der Blase.

PASTILLES digestives et pectorales.

Vorräthig in allen **Apotheken** und **Mineralwasser-Handlungen.** Ctrl. Mak. 10884

41 (17) **Heinrich Mattoni, Karlsbad.**

Die

Dr. Kreyser'sche Wasserheilanstalt

vormals im Demidow-Pereulok, befindet sich jetzt

Michaelplatz № 15, nächst der Passage

und steht unter Leitung von

Dr. J. Fränkl 11 (37)

früher Assistent bei Prof. Winternitz und leitender Arzt der Wasserheilanstalt Priessnitzthal bei Wien. Die Anstalt ist von 8 Uhr Morg. bis 6 Uhr Abends geöffnet — für Damen von 12 bis 2 Uhr. Daselbst Zimmer für Kranke.

Teplitz (Böhmen)

Lindenstrasse „Königshof"

Chirurg. orthopädische Heil-Anstalt.

Heilmittel: Thermal-, Moor- und Douchebäder, Electrotherapie, **Gymnastik, Massage, orthopäd. Apparate, event. Operationen.** — Auf Verlangen Pension im Hause. — Auskunft ertheilen die Leiter 39 (9)

Dr. H. Langstein, Operateur und Badearzt. **Dr. J. Samuely,** Operateur und Badearzt.

Kaiserl. und königl. Allerh. Anerkennung. | Goldene Medaille Paris 1878.

Curort Gleichenberg

im Steiermark.

Eine Fahrstunde von d. Station Feldbach d. ung. Westbahn.

Beginn der Saison 1. Mai.

Beginn der Traubencur Anfangs September.

Alkalisch-muriatische und Eisensäuerlinge, Ziegenmolke, Milch, Fichtennadel- und Quellsoolserstäubungs-Inhalationen, kohlensaure Bäder, Stahlbäder, Süsswasserbäder, Fichtennadelbäder, kaltes Vollbad mit Einrichtung zu Kaltwassercuren.

Johannisbrunnen

bei Gleichenberg

Vorzüglichstes und gesundestes Erfrischungsgetränk; sein grosser Gehalt an freier Kohlensäure, seine zur Förderung der Verdauung genügende Menge von doppelt kohlensaurem Natron und Kochsalz, sowie der Mangel an den Magen beschwerenden Kalkverbindungen machen den Johannisbrunnen ganz besonders empfehlenswerth bei Magen- und Blasenleiden. 48 (8)

Zu beziehen durch alle grösseren Mineralwasserhandlungen.

Anfragen und Bestellungen von Wagen, Wohnungen und Mineralwässern **bei der Brunnen-Direction in Gleichenberg** oder bei der von der Direction neu errichteten Niederlage in Wien I. Wallfischgasse № 8. Ctrl. Mak. 11239.

BAD ELSTER

im Königlich Sächsischen Voigtlande, Eisenbahnstation zwischen Reichenbach in Sachsen und Eger in Böhmen

Saison vom 15. Mai bis 30. September.

(1880 Frequenz: 5050 Personen mit Einschluss der Passanten).

Elster besitzt an **Kohlensäure reiche, alkalisch-salinische Stahlquellen,** die zu Trink- und Badecuren dienen, 1 **Glaubersalzsäuerling** (die Salzquelle), Lager von vortrefflichem salinischem Eisenmoor. Die Mineralwasserbäder werden, je nach Verlangen mit oder ohne Dampfheizung bereitet. Molken täglich frisch.

Erfolgreiche Anwendung finden die **Elsterer Eisenquellen und Moorbäder** gegen verschiedene Zustände von Blutarmuth, wie nach schweren Geburten, Aborten, starken Verwundungen, bei Hämorrhoidalblutungen, nach überstandenen schweren acuten und chronischen Krankheiten u. s. w., bei Bleichsucht mit Neigung zu Recidiven; gegen **Krankheiten des Nervensystems,** als krankhafte Reizbarkeit desselben, Nervenschwäche, Hysterie, Neuralgien, Erschöpfungsparalysen, beginnende Tabes dorsalis, und gegen gewisse **Krankheiten der weiblichen Sexualorgane,** als Menstruationsmangel, zu reichliche und schmerzhafte Menstruation, Catarrh der Gebärmutter, Sterilität etc.

Die **Elsterer Salzquelle** (Glaubersalzsäuerling), nur zu Trinkcuren benutzt, bewährt sich bei **Blutstockungen im Unterleibe,** sogenannter Abdominalplethora, besonders wenn ein gewisser Grad von Blutarmuth nebenbei besteht, bei **chronischen Magen- und Dickdarmcatarrhen,** bei **habitueller Stuhlverstopfung, chronischer Blutüberfüllung der Leber und der Gebärmutter** mit zu reichlicher Menstruation, bei **chronischem Bronchialcatarrh und chronischer Gicht.**

Die Curmittel von Elster werden mit bestem Erfolg vielfach auch zu Nachcuren nach dem Gebrauche anderer Bäder verwendet

Die **ausserordentlich gesunde,** vor rauhen Ostwinden geschützte **Lage des Ortes** in lieblicher Waldgegend bei einer Seehöhe von 473 Meter empfiehlt aber Elster in Sonderheit auch als **klimatischen Curort für blutarme Kranke und Nervenleidende,** sowie für **Solche, welche durch geistige Ueberanstrengung erschöpft sind.**

Zu weiterer Orientirung über die therapeutischen Verhältnisse wird auf die Officialschrift: «Bad Elster von Dr. R. Flechsig. 2. Auflage. Leipzig im Verlage von J. J. Weber 1875» verwiesen.

Der Mineralwasserversandt erfolgt durch den **Brunnenpächter Robert Blankmeister,** der **Moorerdeversandt** durch die **Königliche Bade-Direction.** 27 (1)

Bad Elster 1881. Der Königliche Badedirector **Otho.**

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 1 Мая 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh., Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

ST. PETERSBURGER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg,
Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 19. St. Petersburg, 9. (21.) Mai. 1881.

Ueber die Wirkungen des Pilocarpin bei Diphtheritis.

Von

Dr. Karl Dehio,

ehem. Assistenten am Kinderhospital des Prinzen von Oldenburg.

Nachdem schon im Jahre 1878 im Kinderhospital des Prinzen von Oldenburg subcutane Pilocarpininjectionen als Diaphoreticum bei Diphtheritis faucium et laryngis angewandt worden sind, und nachdem ferner zu Ende des Jahres 1879 Lehwess [1] in Petersburg dasselbe Mittel in mehreren Fällen von Rachendiphtherie mit günstigem Erfolge gebraucht hat, habe ich auf die Empfehlung von Guttmann [2] in den letzten Monaten des vorigen Jahres auf der Diphtherieabtheilung des Kinderhospitals des Prinzen von Oldenburg 24 Fälle von Diphtheritis mit Pilocarpin behandelt. Unter diesen handelte es sich in 14 Fällen um eine auf den Rachen und die Tonsillen beschränkte Diphtherie, während in den 10 übrigen zugleich der Larynx und eventuell auch die tiefern Luftwege afficirt waren.

Bekanntlich verordnet Guttmann das Piloc. mit einem gleichzeitigen Zusatz von Salzsäure und Pepsin. Da mir die Bedeutung des letztern in der genannten Anwendung nicht klar war, und ich vielmehr die Wirksamkeit des Piloc. in möglichster Reinheit beobachten wollte, so habe ich sowohl das Pepsin als die Salzsäure fortgelassen und das Piloc. muriat. (aus der Merk'schen Droguenfabrik) ohne diese Zusätze verordnet. Nur um den nach intensivem Pilocarpingebrauch nicht ganz seltenen Collapsen nach Möglichkeit vorzubeugen, habe ich das Mittel nicht einfach in Wasser, sondern in einem Gemisch von Wein mit Wasser reichen lassen. Mein Recept war also folgendes: Piloc. mur. 0,02 bis 0,06, Aq. dest. 50,0, Vini portugallic. 50,0. M. D. S. ein- bis zweistündlich 10 Grammes unausgesetzt durch Tag und Nacht innerlich zu geben. Pro dosi wurden also 0,002 bis 0,006 ($^1/_{30}$ bis $^1/_{10}$ Gran) je nach dem Alter des Kindes verabfolgt. Trat Erbrechen oder Collaps ein, so wurde das Mittel ausgesetzt und einfach Wein und Analeptica gereicht, bis die Patienten sich wieder erholt hatten und im Gebrauch des Piloc. fortgefahren werden konnte. Oertlich wurden, wie das auch vorher üblich gewesen war, 2-stündlich Ausspülungen oder Ausspritzungen mit einer wässerigen Borsäure- oder Kalichloricumlösung, und 3 Mal täglich Auspinselungen mit einer 10 pCt. Tanninlösung angewandt. Bei gleichzeitiger Larynxerkrankung wurden noch Inhalationen von Natr. bicarb. verordnet.

Was nun die Heilungsresultate dieser Behandlung anbelangt, so sind von den 14 an *Diphtheritis faucium* ohne Complication von Seiten des Larynx Erkrankten, Alle genesen. Freilich befanden sich unter denselben manche leichte und mittelschwere Fälle, welche wohl bei jeder Behandlungsweise ein günstiges Resultat ergeben hätten, ein anderer Theil der Fälle aber bot sehr schwere allgemeine, wie locale Krankheitserscheinungen dar, und gerade an diesen glaube ich die günstige Wirkung des Piloc. erprobt zu haben.

Im Folgenden mögen einige dieser Fälle mitgetheilt werden.

I. M. N. 11-jähriges Mädchen, aufgenommen am 27. October Nachmittags, zu Beginn des 3. Krankheitstages. Das Kind ist ziemlich gut entwickelt und genährt. Fieber gering; bedeutende Körperschwäche und Apathie. Starke Halsschmerzen, die das Schlucken fast vollständig unmöglich machen; penetranter, süsslich-fauliger Geruch aus dem Munde. Die Schleimhaut des weichen Gaumens und des Rachens, so weit sie nicht von diphtheritischen Exsudaten bedeckt ist, dunkel geröthet und stark geschwollen, das Zäpfchen in eine haselnussgrosse runde, rothe Geschwulst verwandelt, die von beiden Seiten durch die stark geschwellten Mandeln nach vorn gedrängt wird; beide Tonsillen von grau-gelben, oberflächlich zerfliessenden, aber tief in's Parenchym hineingreifenden und nicht scharf abgegrenzten, diphtheritischen Exsudaten infiltrirt; die vordern und hintern Gaumenbögen, beide Seiten der Uvula und die Recessus laterales pharyngis, so weit sie hinter den geschwollenen Mandeln sichtbar sind, von dicken, festhaftenden grauweissen Auflagerungen bedeckt. Die Vorderwand des weichen Gaumens mit dünnern, zerstreuten, weisslichen Ausschwitzungen besetzt. Die

[1] Petersb. medic. Wochenschr. 1880, № 1.
[2] Berliner klin. Wochenschr. 1880, № 40.

submaxillaren Lymphdrüsen sehr empfindlich, hart und von Wallnussgrösse. Stimme rein, Athmung frei, kein Husten. Gesicht bleich, Lippen leicht bläulich, Puls klein, frequent. Temperatur: 38,4° C.[1] — *Ord.: 0,006 Piloc.* 2-stündl. von 10 Uhr Abends an.

28. Oct.: Die Temperaturen betrugen tagsüber 38,0, 38,1, 38,2, 38,2, 38,4, 38,2.

Pat. hat des Nachts mässig geschwitzt, ziemlich stark salivirt. Die diphtheritischen Belege sind auf der rechten Seite des weichen Gaumens grösser und dicker geworden. Kein Eiweiss im Harn. Bedeutende allgemeine Schwäche. Puls 120, klein.

Fortgesetzter Pilocarpingebrauch. Tagsüber ist die Haut fortwährend feucht, Salivation hält an.

29. Oct.: Temp. 39,6, 40,3, 39,8, 39,4, 39,2, 39,4.

Während der Nacht wenig Schweiss, mässige Salivation. Klagen über Kopf- und Leibschmerzen. Es hat sich plötzlich hohes Fieber eingestellt, die allgemeine Schwäche hat zugenommen. Auf der hinteren Rachenwand sind die Exsudate grösser und dicker geworden, von schmutzig graugelber Farbe; im Rachen sammelt sich zäher, eiteriger Schleim; die Drüsenschwellung am Halse nimmt zu; schleimig-eiteriger Ausfluss aus der Nase, beim Trinken tritt die geschluckte Flüssigkeit zum Theil aus den Nasenlöchern wieder hervor, undeutliche näselnde Sprache. Puls klein und leicht zu comprimiren. *Fortgesetzter Pilocarpingebrauch.*

30. Oct.: Temp. 38,8, 37,8, 38,7, 39,3, 39,4, 39,6.

Ueber Nacht ist die Temperatur unter starker Salivation und reichlichem Schweiss gesunken. Pat. ist viel munterer. Nachts ein Mal Erbrechen. Die allgemeine Schwellung und Röthe der Rachenschleimhaut ist geringer, die Exsudatmassen auf den Tonsillen haben sich deutlich demarkirt und setzen sich jetzt scharf vom übrigen Gewebe ab. Der Foetor ex ore hat aufgehört. Pat. schluckt besser, die Nase fliesst weniger. Leichte Eiweisstrübung des Harnes beim Kochen. Um 12 Uhr Mittags wird der *Pilocarpingebrauch eingestellt.* Schweiss und Salivation hören auf. Gegen Abend steigt die Temperatur wieder an.

31. Oct.: Temp. 40,0, 40,0, 40,0, 39,8, 39,8, 40,4.

Nachts war wenig Schweiss, keine Salivation. Hohes Fieber, Kopfschmerz, grosse Schwäche. Der ganze Rachen trocken und glänzend, wie lackirt, die diphtheritischen Exsudate unverändert. Die Lymphdrüsenschwellung nimmt zu. Um 12, 2 und 4 Uhr bekommt Pat. je *0,008 Pilocarpin*, worauf ein sehr profuser Schweiss und starke Salivation beginnen; zugleich aber trat Erbrechen auf, der Puls wurde sehr klein, die Extremitäten kühl und cyanotisch, Stirn mit kaltem Schweiss bedeckt. Allgemeine Prostration der Körperkräfte. Temperatur in der Axelhöhle dennoch sehr hoch (39,8). Ord.: Wein, Aether, Bettwärmer. *Pilocarpin fortgelassen.* Um 9 Uhr Abends ist der Collaps wieder geschwunden, Körper und Extremitäten heiss, Puls ziemlich kräftig. Die diphtheritischen Belege auf dem weichen Gaumen und der hinteren Rachenwand haben sich im Laufe des Tages bedeutend verkleinert.

1. Nov.: Temp. 39,2, 38,8, 39,4, 40,1, 40,0, 40,2.

Pat. hat des Nachts weder geschwitzt noch salivirt. Der ganze Rachen und die Zunge trocken und roth, Lymphdrüsen des Halses sehr empfindlich. (Ord: Ungt. ciner. auf den Hals). Viel Eiweiss im Harn. Allgemeinzustand und Puls befriedigend.

Tagsüber Haut trocken, kein Speichelfluss.

2. Nov.: Temp. 38,8, 38,7, 38,6, 39,4, 39,6, 38,6.

Nachts weder Schweiss noch Salivation.

Rachen und Allgemeinbefinden unverändert. Ord.: *Piloc. zu 0,004* p. dosi 2-stündlich. Fortan wird das Medicament bis zum Abend des 5. Nov. ohne Unterbrechung genommen und gut vertragen.

3. Nov.: Temp. 38,6, 37,6, 37,6, 37,7, 38,1, 37,8.

Nachts mässiger Schweiss und ziemlich starker Speichelfluss.

Heute weist der Rachen eine bedeutende Besserung auf, die Tonsillen sind auf ihre normale Grösse zurückgekehrt, die Belege auf denselben sind dünn und lassen überall die von unten aufschiessenden Granulationen als röthliche Punkte durchscheinen, die Uvula ist fast ganz abgeschwollen mit dünnen, diphth. Anflügen belegt; die hintere Rachenwand hat sich vollständig gereinigt, ist aber noch recht stark geröthet. Das Fieber ist fast geschwunden, die Zunge feucht und leicht belegt; der Harn enthält viel Eiweiss. Pat. fühlt sich wohl und sitzt im Bette auf. *Fortgesetzter Piloc.-Gebrauch.*

4. Nov.: Temp. 37,5, 37,4, 37,5, 38,0, 38,2, 38,1.

Haut fortwährend feucht, Speichelfluss mässig. Allgemeinbefinden befriedigend, Puls wird voller. Die Rachenröthe ist geringer, die Exsudate verkleinern sich; der Eiweissgehalt des Harnes nimmt ab. *Piloc.-Gebrauch fortgesetzt.*

5. Nov.: Temp. 37,8, 37,6, 38,0, 38,1, 38,2, 37,5.

Allgemeinbefinden wie gestern. Pat. hat aufgehört zu schwitzen, Salivation gering. Rachen blass. Die diphth. Exsudate verkleinern sich stetig. Heute Abend wird der *Piloc.-Gebrauch eingestellt.*

6. Nov.: Temp. 37,8, 37,6, 37,9, 37,8, 37,6, 37,4.

Pat. ist recht angegriffen und schwach, fühlt sich jedoch wohl. Haut trocken, kein Speichelfluss. Die gesammte Mund- und Rachenschleimhaut zeigt eine auffallende Trockenheit. Zu beiden Seiten der Uvula und an den Rändern der Gaumenbögen noch dünne, linsengrosse diphth. Beschläge, auf der rechten Mandel ein kraterförmiger Substanzverlust, in dessen Grunde noch weissliche Massen bemerklich sind; im Uebrigen die Rachenorgane rein und blass. Die Lymphdrüsenschwellung an der linken Seite des Halses nimmt zu, ist aber nicht übermässig schmerzhaft.

Der weitere Verlauf bietet kein specielles Interesse. Der Rachen reinigte sich (ohne Piloc.) bis zum 13. Nov. vollständig, doch nahm die Lymphadenitis der linken Seite unter abendlichen subfebrilen Temperatursteigerungen den Ausgang in Eiterung, welche sowohl nach aussen, als gegen den Rachen vordrang und am 10. Nov. die Onkotomie und Drainirung des Abscesses nöthig machte. Am 14. Nov. wurde auch das fluctuirende, hinter der linken Mandel sich vorwölbende innere Ende des Lymphdrüsenabscesses geöffnet und eine grosse Menge Eiters in die Rachenhöhle entleert, worauf die Höhle sich bald schloss. Am 26. Nov. wurde Pat. gesund entlassen. — Seit dem 17. Nov. war kein Eiweiss mehr im Harn.

Pat. hat also vom Abend des 28. bis zum Mittag des 30. Oct. fortwährend Piloc. bekommen. Darauf wurde dasselbe in Folge des raschen Sinkens der Temperatur auf einen Tag ausgesetzt. Die Localaffection des Rachens, welche am 28. und 29. Oct. noch langsam zugenommen hatte, zeigte am Morgen des 30. Oct. eine plötzliche, auffallende Besserung. Ungeachtet dessen dauerte das hohe Fieber und die Prostration der Kräfte noch 3 Tage länger an, es stellte sich Albuminurie ein und die Lymphadenitis colli verschlimmerte sich. Erst vom 2. Nov. (8. Krankheitstag) an verlor das allgemeine Krankheitsbild unter abermaligem Pilocarpingebrauch seinen beunruhigenden Charakter. Das Fieber fiel und der Rachen, welcher zwar abgeschwollen, aber immer noch mit dünnen diphtheritischen Auflagerungen bedeckt war, begann sich rapid zu reinigen. Die zu grossen Pilocarpindosen, welche am 31. Oct. gereicht worden waren (0,024 im Laufe von 4 Stunden) hatten Collaps zur Folge und mussten eingestellt werden. Pat. hat also das Piloc. in 3 Absätzen erhalten, und nach jedesmaligem Gebrauch desselben ist die rasche, fast ruckweise Besserung der localen Erscheinungen im Rachen, welche sich in den pilocarpinfreien Zeiten nur langsam zurück bildeten, eine sehr auffallende. Die definitive Heilung wurde durch die consecutive Lymphadenitis colli verzögert. Die auffallende Trockenheit der gesammten Rachenschleimhaut, welche nach der Einstellung des Pilocarpingebrauches auftrat, habe ich auch in anderen Fällen mehrfach beobachtet.

II. P. W. 11-jähriger Knabe von guter Körperentwickelung. Aufgenommen am 11. Nov. zu Beginn des 2. Krankheitstages. Beide Mandeln stark geschwollen, mit dicken, grau-weissen Belegen bedeckt, deren Ränder sich undeutlich gegen die umgebende, intensiv geröthete Schleimhaut absetzen. Röthung der hinteren Rachenwand, starke Schwellung der Uvula, weicher Gaumen ziemlich blass, Zunge belegt aber feucht. Submaxillare Lymphdrüsen geschwellt und druckempfindlich; starke Schmerzen beim Schlucken. — Hohes Fieber (40,0) blasses Gesicht, kleiner, frequenter Puls, allgemeine Prostration der Kräfte. Ord.: Ausspülung und Pinselung des Rachens, Wein.

Abends 10 Uhr: Temp. 39,7° C. Die diphth. Exsudate haben sich vergrössert, charakteristischer Foetor ex ore; zäher Schleim fliesst aus dem Munde. Die Lymphdrüsenschwellung hat bedeutend zugenommen. Pat. bekommt um 10 Uhr Ab. eine einmalige Dosis von *0,006 Piloc.*, worauf sich nach ½ Stunde sehr starker Schweiss, Speichelfluss und Erbrechen einstellt. Temp. um 12 Uhr Nachts 39,2° C.

12. Nov.: Temp. 38,8, 39,2, 38,8, 39,6, 39,5, 39,2.

Pat. hat des Nachts noch 2 Mal gebrochen und stark geschwitzt, wobei die Temp. gegen Morgen gefallen ist. Im Rachen sammelt sich viel dünnflüssiger Schleim, die Schleimhaut desselben ist feucht und succulent, die diphth. Exsudate haben sich nicht mehr vergrössert. Allgemeiner Kräftezustand etwas besser als gestern; kein Eiweiss im Harn. Um 10, 12 und 2 Uhr Mittags erhält Patient je *0,003 Piloc.*, worauf sich wieder Erbrechen einstellt, so dass das Mittel *abermals ausgesetzt* werden muss.

Nachmittags und Abends hat Pat. stark geschwitzt und salivirt, das Fieber ist trotzdem wieder gestiegen.

13. Nov.: Temp. 39,1, 39,2, 39,4, 39,7. 39,5, 39,2.

Pat. hat des Nachts weder geschwitzt noch gespeichelt. Die Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Mandeln hat zugenommen,

[1] Die Temp. wurde bei allen Kranken alle 4 Stunden gemessen, und zwar um 4 und 8 Uhr Morgens, 12 Uhr Mittags, 4 und 8 Uhr Abends und 12 Uhr Nachts. Die in meinen Krankengeschichten zu Beginn jedes Tages angeführten Temperaturen beziehen sich auf diese Tageszeiten.

die diphth. Exsudate halten sich beim Alten. Allgemeinbefinden wie gestern, Harn frei von Eiweiss. *Ord.: Piloc. zu 0,004 2-stündlich.* Das Mittel wird fortan gut vertragen und bis zum Morgen des 17. Nov. unausgesetzt verabreicht.

Abends: Puls klein, Pat. kraftlos, liegt apathisch im Bettt; leichter Schweiss, Salivation.

14. Nov.: Temp. 38,8, 38,6, 38,7, 38,5, 37,8, 37,8.

Nachts starker Schweiss, mässige Salivation; die Temp. ist gefallen, der örtliche Process hat sich bis heute Morgen noch verschlimmert; die Mandeln so stark geschwollen, dass sie sich fast berühren, die Oberfläche der Mandeln von schmutzig gelbgrauem Aussehen, in stinkendem Zerfall begriffen. Harn eiweissfrei.

Gegen Abend ist die Temperatur noch weiter gesunken, das Allgemeinbefinden sichtlich besser, die Haut fortwährend feucht. *Fortdauernder Piloc.-Gebrauch.*

15. Nov.: Temp. 37,6, 37,4, 37,8, 37,5, 37,3, 37,4.

Pat. hat die Nacht gut geschlafen und während dessen stark geschwitzt und salivirt. Heute Morgen das Allgemeinbefinden sichtlich besser, der Puls voller, das Fieber geschwunden. Im Zustande des Rachens ist eine rapide Aenderung zum Bessern eingetreten. Die Mandeln bedeutend abgeschwollen, die diph. Exsudate zum grössten Theil geschwunden, bilden noch hie und da dünne, disseminirte, graue Belege. Die Schmerzen beim Schlucken haben nachgelassen, der Foetor oris ist verschwunden. *Fortdauernder Piloc.-Gebrauch.*

16. Nov.: Temp. 37,2, 37,4, 37,3, 37,4, 37,2, 37,4.

Pat. schwitzt noch stark, die Salivat. ist geringer geworden. Die Röthung des Rachens ist ganz geschwunden, die Mandeln auf ihre normale Grösse zurückgekehrt, mit ein Paar punktförmigen weissen Belegen besetzt. Allgemeinzustand gut. *Fordauernder Piloc.-Gebrauch.*

17. Nov. fieberfrei.

Pat. schläft viel und schwitzt stark während des Schlafes. Eine mässige Salivation dauert fort. Die Lymphdrüsen des Halses noch geschwollen, aber nicht schmerzhaft. Das Piloc. wird fortgelassen.

Von nun an rasche Genesung. Am 20. Nov. ist der Rachen vollkommen rein und gesund, am 23. Nov. wird Pat. als genesen entlassen.

Die Versuche, den Pat. einer anhaltenden Behandlung mit Piloc. zu unterwerfen, misslangen an den beiden ersten Tagen, weil beide Male schon nach wenigen Gaben Erbrechen eintrat. Sowohl die Localaffection im Rachen als die Allgemeinerscheinungen verschlechterten sich dabei rasch und das Fieber hielt sich zwischen 39,0 und 40,0° C. Erst als vom 4. Krankheitstage an das Piloc. ununterbrochen gereicht werden konnte, trat rasche Besserung ein. Die Temperatur begann schon nach 12 Std. zu sinken und kehrte innerhalb zweier Tage in stetigem Abfall zur Norm zurück. Zugleich trat vom 5. auf den 6. Krankheitstag unter starker Salivation der Rückgang der Rachenerkrankung mit einer frappirenden Raschheit ein, denn während am 14. Nov. die Mandeln noch alle Erscheinungen einer schweren, jauchigen Diphtherie darboten, waren dieselben am 16. Nov. schon fast ganz zur Norm zurückgekehrt, und Pat. befand sich augenscheinlich ausser aller Gefahr. Kaum nennenswerthe Restchen der fibrinösen Auflagerungen hielten sich noch bis zum 20. Nov.

III. W. B., 8jähriger Knabe von mittlerem Ernährungszustande. Aufgenommen den 21. Dec., am 3. Krankheitstage. Hohes Fieber, Temp. 40,8° C. Puls 132, klein; hochgradige Prostration der Kräfte, allgemeine Blässe der Hautdecken, Somnolenz, näselndes, schnarchendes Athmen, diffuse Schwellung der Regiones submaxillares, in denen sich harte, sehr druckempfindliche Lymphdrüsen durchfühlen lassen; die Zähne zeigen einen fuliginösen Beschlag, die Zunge ist mit dicken, halbtrockenen, graugelben Borken belegt. Der weiche Gaumen dunkel geröthet, mit weisslichen, dünnen, fibrinösen, fleckigen Auflagerungen besetzt; die Mandeln stark geröthet und gewaltig geschwollen, so dass die vorderen Gaumenbögen vorgewölbt werden und der Isthmus faucium in einen schmalen Längsspalt verwandelt ist. Die medialen Flächen der Mandeln mit dicht stehenden, linsen- bis erbsengrossen, gelblich-weissen Exsudaten bedeckt; die hintere Rachenwand, so weit sichtbar, mit einer gleichmässigen, dicken, festhaftenden weissen Auflagerung austapezirt. Reichlicher schleimig eitriger Ausfluss aus der Nase; Stimme klar, Athmung unbehindert, kein Husten. Ord.: *stündlich 0,002 Pilocarpin.* Eisblase auf den Kopf.

Abends: Pat. bewusstlos, anhaltende laute Delirien, Fluchtversuche; Puls klein, frequent, Temp. 40,7. Haut trocken, leichte Salivation. Ord.: *stündlich 0,004 Pilocarpin.*

Um 12 Uhr Nachts Temp. 40,0.

22. Dec.: Temp. 38,8, 38,2, 38,2, 39,0, 38,8, 38,6.

Pat. hat die ganze Nacht delirirt; unter mässigem Schweiss und starker Salivation ist die Temperatur heute Morgen auf 38,2 gefallen, und zugleich ein ziemlich schwerer Collaps eingetreten. Puls 128, fadenförmig, Lippen cyanotisch, Extremitäten kühl, Haut mit kaltem Schweiss bedeckt. Sensorium leicht obnubilirt. Beim Kochen des Harnes leichte Eiweisstrübung. Erbrechen ist nicht gewesen. Die Schwellung der Mandeln hat eher ab- als zugenommen. *Pilocarpin ausgesetzt.* Ord.: Wein, Moschus, Bettwärmer.

Abends: Pat. hat sich erholt, ist bei klarem Bewusstsein, Extremitäten warm, Puls 120, voller. Die Temperatur ist wieder auf 38,8 gestiegen. Stimme etwas heiser, auf der Vorderseite der Epiglottis ist ein kleiner, weisser Belag sichtbar. Ord.: Von 8 Uhr Abends bis 12 Uhr Nachts *stündlich 0,004 Pilocarp.*, weiterhin die ganze Nacht hindurch 2 stündlich 0,004 Pilocarpin.

23. Dec.: Temp. 38,0, 37,8, 38,0, 38,2, 37,9, 37,8.

Pat hat die ganze Nacht hindurch salivirt und die Haut war fortwährend feucht. Um 4 Uhr Morgens profuser Schweiss. Heute Vormittag reichliche Salivation, leichter Schweiss. Die Temp. ist auf 37,8 gesunken, Puls 110, voll und weich, Lippen roth, Extremitäten warm. Uebelkeit. Die Röthung des Rachens und die Schwellung der Mandeln hat bedeutend nachgelassen, dieselben stehen jetzt etwa 1½ Ctm. auseinander, das Schlucken macht nur geringe Beschwerden. Die diphtheritischen Belege auf den Mandeln und dem weichen Gaumen sind dünner geworden, die hintere Rachenwand unverändert dick belegt. Die Schwellung und Empfindlichkeit der submaxillaren Lymphdrüsen bedeutend geringer. Beim Trinken tritt ein Theil der Flüssigkeit zur Nase heraus. *Pilocarp. auf 24 Stunden ausgesetzt.*

Abends: Tagsüber ist der Körper noch leicht feucht gewesen, jetzt haben Schweiss und Salivation aufgehört; Temp. nur wenig erhöht (37,9), Puls 90, voll und weich. Pat. schläft fast fortwährend, Rachen und Mandeln ganz trocken.

24. Dec.: Temp. 38,5, 38,4, 38,6, 38,4, 38.3, 37,8.

Nachts hat Pat. gut geschlafen, Puls 128, weich und ziemlich voll. Pat. recht bleich und schwach, ist aber guter Laune und fühlt sich wohl. Sowohl auf den Mandeln als der hinteren Rachenwand sind die Exsudate in raschem Schwunde begriffen; hier und da schimmert der rothe Grund der Schleimhaut durch dieselben hindurch. Zunge und alle Rachentheile auffallend trocken, mit zähem, schwer abzuspülendem Schleim bedeckt. Es hat sich eitriger Ausfluss aus dem linken Ohr eingestellt, kein Eiweiss mehr im Harn. Ord.: *von 10 Uhr Morg. bis 6 Uhr Ab. stündlich 0,004 Pilocarpin.*

Abends: Schweiss und Salivation mässig. Allgemeinzustand gut. Puls 92, ziemlich klein. *Piloc. ausgesetzt.*

25. Dec.: Temp. 37,5, 38,0, 37,8, 38,5, 38,1, 37,8.

Nachts leichter Schweiss; eine mässige Salivation dauert noch fort.

Abends: Schweiss und Salivation haben aufgehört. Puls 76, weich. Rachen blass, Exsudate schwinden.

26. Dec.: Nachts hat Pat. ohne Piloc. stark geschwitzt. Leicht erhöhte Abendtemperaturen bei befriedigendem Allgemeinbefinden dauern fort.

28. Dec.: Die fibrinösen Auflagerungen im Rachen sind bis auf einzelne, zerstreut stehende linsengrosse Reste geschwunden. Weiterhin schritt die Heilung langsam aber stetig fort; die subfebrilen Abendtemperaturen hielten bis zum 30. Dec. an; am 2. Jan. war der Rachen vollständig rein, am 4. Jan. hörte die Otorrhöe auf und am 5. Jan. wurde Pat. gesund entlassen.

Es handelte sich um eine weit über den Rachen und die Tonsillen ausgebreitete, schwere Diphtherie, mit Delirien, und hohem asthenischem Fieber. Unter der Pilocarpinbehandlung schwanden die beunruhigenden Allgemeinerscheinungen und das Fieber in 2 Mal 24 Std. und noch einen Tag später waren auch der Rachen abgeschwollen und die diphtherit. Exsudate im Schwinden begriffen; nur kleine, dünne Belege hafteten noch eine Woche länger, ohne irgend welche Beschwerden zu verursachen. Ebenso rasch ging die Lymphdrüsenschwellung am Halse zurück. — Pat. hat das Piloc. in drei Absätzen erhalten; das erste Mal vom 21. Dec., 4 Uhr Nachm. bis zum 22. Dec. 10 Uhr Morgens, (im Ganzen 0,068) worauf ein eingetretener Collaps die Darreichung des Mittels unterbrach. Nachdem Pat. sich bald erholt hatte, bekam er weiter Piloc. vom 22. Dec. Abends 8 Uhr bis zum 23. Dec. Morgens 10 Uhr (im Ganzen 0,044), worauf wegen beginnender Nausea das Mittel wieder ausgesetzt wurde. Da Pat. sich mittlerweile auffallend gebessert hatte, so wurde mit der Wiederaufnahme des Mittels nicht geeilt. Er erhielt dasselbe wieder vom

24 Dec. von 10 Uhr Morg. bis 6 Uhr Abends (im Ganzen 0,036), worauf dasselbe fortgelassen wurde, weil der Kranke offenbar in die Reconvalescenz eintrat.

Ich schliesse hier noch die Beschreibung eines leichten Falles an, in welchem die Genesung unter Pilocarpinbehandlung sehr rasch erfolgte.

IV. A. Ch., 12jähriges bleiches, mageres Mädchen. Aufgenommen am 12. Dec., leidet angeblich schon seit einer Woche an Fieber und Halsschmerzen.

Livide Röthung aller Theile des Rachens, die rechte Mandel bis Taubeneigrösse geschwollen, und fast bis in die Mittellinie des Rachens vorragend; die ganze mediale Fläche derselben von einem dicken fibrinösen Exsudat bedeckt, dessen Ränder verschwommen in die umgebende rothe Schleimhaut übergehen. Im Uebrigen der Rachen frei von Auflagerungen, die linke Mandel kaum geschwellt. Die submaxillaren Lymphdrüsen rechterseits geschwellt und druckempfindlich. Mässiges Fieber 38,7° C. Allgemeine Schwäche, kleiner Puls.

Abends: Temp. 38,8. *Um 8 und 10 Uhr Abends bekommt Pat. je 0,004 Pilocarp.*, worauf einmaliges Erbrechen eintritt und das Mittel bis zum nächsten Morgen ausgesetzt wird. 12 Uhr Nachts Temp. 38,6.

13. Dec.: Temp. 38,0, 37,8, 37,8, 38,0, 37,8, 37,7.

Ord.: Piloc. zu 0,004 zweistündlich. Das Mittel wird ununterbrochen bis zum Morgen des 14. Dec. fortgebraucht. Rachen wie gestern. Kein Eiweiss im Harn. Den ganzen Tag über recht starke Salivation, jedoch wenig Schweiss.

Abends: Die rechte Mandel ist bedeutend abgeschwollen, das diphtheritische Exsudat hat sich um die Hälfte verkleinert und setzt sich scharf von der umgebenden Schleimhaut ab; die Röthe des Rachens unbedeutend, Halsschmerzen fast ganz geschwunden. Pat. verlangt zu essen.

14. Dec.: Temp. 37,4, 37,5, 37,6, 37,4, 37,4, 37,2,

Nachts hat Pat. nicht geschwitzt, wenig salivirt. Fühlt sich wohl und klagt über Nichts. Rachen blass, der Rest der diphtheritischen Auflagerung lässt sich unter leichter Blutung von der Mandel abstreifen, und hinterlässt einen feuchten Substanzverlust, welcher in 2 Tagen heilt. Am 17. Dec. wird Pat. gesund entlassen.

Nachdem die 2 mässigen Dosen Piloc. am Abend des 12. Dec. Erbrechen bewirkt hatten, aber auf die Rachenaffection von keinem besonderen Einfluss gewesen waren, erhielt Pat. vom Morgen des 13. Dec. an 2-stündlich 0,004 Piloc. (im Ganzen 0,052) ohne Unterbrechung durch 24 Std. Schon am Abend des 13. Dec. war die erkrankte Tonsille abgeschwollen und der fibrinöse Belag auf die Hälfte verkleinert; am nächsten Morgen konnte derselbe von der Mandel ganz abgestreift werden ohne sich wieder zu erneuern.

(Fortsetzung folgt).

Referate.

A. Roehrig (Kreuznach): Die Behandlung der Uterusfibromyome, nach eigenen Erfahrungen. (Virchow's Arch. 1881, Bd. 83, S. 393—460.)

Verf. hält die medicamentöse Behandlung der Fibromyome des Uterus nicht für so aussichtslos, wie das in neuerer Zeit angenommen wird, und theilt seine diesbezüglichen reichen Erfahrungen mit. Die Prophylaxe des Leidens fordert die Befolgung der bisher so wenig besonders von den Frauen gewürdigten allgemeinen Grundsätze, welche die Hygieine auf dem Gebiete der Gynaekologie überhaupt aufstellt. Die Indicatio causalis ist selten zu erfüllen; mitunter indess ist ein bestimmter ursächlicher Zusammenhang zwischen der Entwicklung resp. Weiterentwicklung der Tumoren und gewissen anderen Affectionen (Vaginalneurose, Suppressio mensium etc.) zu erkennen und dann ist die Beseitigung dieser von grösster Bedeutung für die Heilung jener. Was die Indicatio morbi betrifft, so hat sie die Aufhebung des entzündlichen Conjectivzustandes und die Resorption des hypertrophischen Gewebes zum Ziele. Zur Erreichung des ersteren Punktes sind im Anfange, besonders bei den weichen gefässreichen Myomen, örtliche Blutentziehungen — bei kräftigeren Personen Blutegel an die Vaginalportion, bei schwächeren Scarificationen — förderlich. Wichtiger noch ist der innere und äussere Gebrauch der Jod-Brom-Präparate. Innerlich durch monatelange Anwendung von Jod- oder noch besser Bromkali (0.1 pro dosi) oder Jodoform (Pillen von 0.1 tägl. 2—3 Mal). Aeusserlich durch Einreibungen von Jod- und Bromsalben, sowie Aufstreichen von Tinct. jodi auf den Unterleib, durch consequente Application einer in möglichst concentrirter Kreuznacher Mutterlauge getränkten Priessnitz'schen Leibbinde und hauptsächlich durch methodischen Gebrauch von (Jod- und Brom-, nicht Kohlensäurehaltigen) Soolbädern (bes. Kreuznach). Verf. hat die Erfahrung gemacht, dass Stillstand im Wachsthum der Fibromyome bei geeigneter Ausnutzung des Bades, nach 1—3 jährig wiederholtem Kurgebrauch das gewöhnlichste Ergebniss darstellt, dass eine andauernde erhebliche Abnahme des Tumors etwa bei 1/3 der in Kreuznach Hilfe suchenden Kranken erreicht wird, ja dass in 20% sogar eine Volumsabnahme um die Hälfte constatirt werden konnte. Die geringe Zahl der Frauen aber, bei denen eine sichtbare Beschränkung in der Weiterentwicklung der Neubildung nicht hervortritt, erfreut sich doch wenigstens gewöhnlich eines palliativen Nutzens, einer Besserung der störendsten Folgeerscheinungen.— Besonders bewährt haben sich dem Verf. zur Beseitigung resp. Beschränkung der mucösen und submucösen Tumoren jüngeren Datums, die nicht mit Residuen para- und perimetritischer Entzündungen und nicht mit Herzfehlern complicirt sind, oft (nicht unter 50, meist 100 Mal und mehrere Jahre hintereinander) wiederholte subcutane Injectionen von dem fast gar keine Schmerzen verursachenden Ergotinum Bombelon. Verf. wendet dasselbe anfangs mit 4 Theilen Wasserzusatz, dann allmählich bis zu einer Mischung von Ergotin und Wasser zu gleichen Theilen an und injicirt nie mehr als eine Pravaz'sche Spritze auf einmal. Bei dieser Behandlung sah Verf. die Tumoren bis zu 1/3 ihrer ursprünglichen Grösse abschwellen und wenn auch die Nachhaltigkeit der Besserung keine unbedingte ist, so erfolgt doch ein Wachsthumstillstand der Geschwulst. Können die subcut. Injectionen wegen grosser Schmerzhaftigkeit etc. nicht wiederholt werden, so empfiehlt sich ihre Ersetzung durch Klysmata von Infus. sec. corn. oder Suppositorien von Ergotin (0.25 Grm. pro dosi). Wo alle andern Mittel und bes. das Ergotin sich erfolglos erwiesen haben, zeigt sich zur Beschränkung der Weiterentwicklung des Tumors häufig eine Entspannung, Erschlaffung der Uterusmusculatur durch die künstliche unblutige Erweiterung des Cervicalcanals (mittelst Laminaria oder Pressschwamm) sehr nützlich; wie sich denn als Hauptaufgabe für die Behandlung der Tumorenentwicklung überhaupt, wie vieler Folge- und Begleiterscheinungen der Tumoren (Blutungen, Dysmenorrhoe, Uterincatarrh) darstellt: die Aufhebung des mechanischen Druckreizes, welcher der Geschwulst aus der krampfhaften Umspannung von Seiten der Uterusmusculatur erwächst und welcher als eine permanente Quelle activer und passiver hyperaemischer Zustände in der Schleimhaut deren entzündliche Hypersecretion einleitet und unterhält. Was nun die symptomatische Behandlung der durch die Fibromyome veranlassten Erscheinungen, zunächst der Meno- und Metrorrhagien betrifft, so ist das wichtigste und meist zum Ziele führende Mittel die Tamponade der Scheide mittelst Salicylwatte. Nur wenn diese nicht wirkt oder nicht gleich angewendet werden kann, versucht man anderes: Injectionen von Wasser (ohne Zusatz styptischer Mittel) von 38—42° R. 20 Min. lang in continuirlichem Strahl gegen das Scheidengewölbe bei Rückenlage der Kranken. Von grossem Nutzen sind auch mittelst des Aetzmittelträges intrauterin eingeführte und mit geringen Beimischungen von Carbolsäure oder Salicylsäure versehene Stäbchen von Jodoform mit Tragacanth. Die Zwischenzeit zwischen je zwei Menstruationen benutze man, um der Wiederkehr der Hämorrhagien möglichst vorzubeugen. Als allgemeine Behandlung empfehlen sich hier wieder kühle Soolbäder (Kreuznach), nicht Sitzbäder. Als örtliche therapeutische Massnahmen dienen: 1. locale Blutentziehungen, bes. gut bei denjenigen Formen submucöser Myome, welche vor jeder Menstruationsperiode eine deutliche Anschwellung aufweisen; 2. die Dilatation des Cervix uteri mittelst Pressschwamm: sehr lohnend; 3. die operative Spaltung des Cervix durch eine tiefe Incision des Cervicalcanals bis in den inneren Muttermund: zweckmässig besonders, wenn die unblutige Erweiterung nicht ausführbar und der Tumor bis in die Nähe des inneren Muttermundes hinabreicht, aber durch den Blutverlust oft gefährlich; endlich 4. die Exstirpation beider Ovarien, wo alles andere erfolglos geblieben und Gefahr im Verzuge ist, aber auch nicht absolut sicher wirkend. Gegen die Uterinkolik bei den submucösen Neubildungen ist ausser den Narcoticis nützlich die unblutige Erweiterung des Cervicalcanals; gegen die oft sehr heftigen, mehr entzündlichen Schmerzen bei den submucösen Tumoren hat man ein antiphlogistisches Verfahren einzuschlagen (Bettruhe, locale Blutentziehung). Als mechanische Erleichterung der durch die Grösse und Schwere der Geschwulst verursachten Beschwerden sind die alle paar Tage wiederholte Tamponade der ganzen Scheide und die genau anschliessende elastische Bauchbinde sehr werthvoll. Gegen die durch den Druck von Seiten der Fibromyome auf benachbarte Organe hervorgerufenen Schmerzen und Beschwerden sind vorsichtige Repositionsversuche des Uterus, resp. des Tumors erst zulässig, nachdem durch eine erfolgreiche Kur im Jodsoolbad etwaige hinderliche Exsudate beseitigt sind. Zur Linderung der mit der Menstruation meist einhergehenden Gefühle von Spannung und Vollsein im Unterleibe empfiehlt Verf. Jodtinctur, Senfteige, kalt aufgelegte und selten gewechselte Priessnitz'sche Umschläge als Leibgürtel, innerlich die Geschwulst selbst nicht drückende Pessarien. Eine Hauptbeschwerde der Kranken bildet der Fluor albus. Nach ausgiebiger unblutiger Erweiterung des Cervicalcanals sind hierbei reinigende und desinficirende Scheideninjectionen (heisse Sooleinspritzungen) unentbehrlich; man setzt ihnen eine 2% Carbolsäurelösung hinzu, wenn es sich um tiefere Erosionen am Muttermund, um etwas foetiden Ausfluss handelt. Adstringirende Beimischungen zur Injections-Flüssigkeit sind unnöthig. Ist die Geschwulst bereits in Verjauchung übergegangen, so muss man nach unblutiger Dilatation des Cervix uteri (zur Begünstigung des Ab-

flusses) bei Erosionen und Geschwüren am Muttermund mit dem Höllensteinstift ätzen, vor allen Dingen aber den Kräftezustand zu heben suchen. An.

J. Troizki: Natrum bicarbonicum bei Verbrennungen aller Grade. (Wratsch 1881, № 4).

T. hat im vorigen Jahre Gelegenheit gehabt, 25 meist schwerere Fälle von Verbrennungen zu beobachten, von diesen gleichzeitig 16 Fälle nach einem Dorfbrande bei heftigem Winde, wo die Einwohner ihre Habe nur im Feuer retten konnten. In allen diesen 25 Fällen wurde ausschliesslich Natrum bicarbonicum in Anwendung gezogen. Die Resultate dieser Behandlung waren derart günstige, dass T. sich für berechtigt hält, dieses Mittel für das beste und wirksamste bei Verbrennungen aller Grade und Arten zu erklären. — Selbst bei ausgedehnten Verbrennungen 2. und 3. Grades hörte nach Anwendung von Compressen mit Sodalösung der Schmerz bald auf und erfolgte die Heilung der Wunden unter geringer Narbenbildung und ohne Behinderung der Function der afficirten Körpertheile. Ueble Zufälle, welche bei dieser ausgedehnten Anwendung des Natr. bicarb. auf eine Aufnahme von CO_2 in's Blut hätten deuten können, wurden nie beobachtet. Aus den 10 Fällen, welche T. genauer beschreibt, heben wir einen besonders schweren Fall hervor, in welchem die Verbrennung die halbe Körperoberfläche einnahm. Das ganze Gesicht war der Epidermis beraubt, die Haare waren versengt, die vordere Fläche des Halses, Brust, Bauch und Fussrücken wiesen Verbrennungen 2. Grades auf, ausserdem wurden Verbrennungen 3. Grades an der rechten Brustdrüse und dem rechten Vorderarm constatirt, an dem alle Muskeln wie präparirt bloslagen. Die Wirkung einen Lösung von doppeltkohlens. Natron auf diese Brandwunden war eine glänzende: die Kranke fühlte sich nach Application derselben leidlich, die Heilung erfolgte in 4 Wochen, nur die Brandwunden der rechten Brustdrüse und des Vorderarms nahmen 2 Monate zu ihrer Verheilung in Anspruch. Die nachbleibenden Narben waren unbedeutend und die Beweglichkeit der Finger fast normal.

Was die *Anwendungsweise* des Natrum bicarb. bei Verbrennungen anbelangt, so unterscheidet T. drei Methoden: 1) Aufstreuen von Sodapulver auf die verbrannten Stellen; 2) Application von Leinwandlappen, welche mit einer Lösung von Natron bicarb. (ʒj : ℥ Vj) benetzt sind. Sobald diese Lappen austrocknen, werden sie durch andere ersetzt, oder von Neuem in der erwähnten Lösung befeuchtet; 3) Application von eben so getränkten Leinwandlappen, wobei dieselben aber *beständig*, ohne zu wechseln, auf den Brandwunden liegen bleiben und durch Aufgiessen der obigen Lösung stets feucht erhalten werden.

Die erste Methode genügt nur für Verbrennungen 1. Grades. Das Wechseln der mit der Sodalösung befeuchteten Lappen passt besonders für Verbrennungen 3. Grades, bei starker Eiterabsonderung. Beim Wechseln der trocken gewordenen Leinwandlappen muss der unter denselben sich anhäufende Eiter, damit er nicht in's Blut aufgenommen werde, sorgfältig abgewaschen und dann auf die reine Granulationsfläche ein neuer mit der Sodalösung befeuchteter Lappen gelegt werden. Die 3. Methode wird ausschliesslich bei Verbrennungen 2. Grades angewandt. Das Wechseln der Compressen würde in diesen Fällen nur die blosgelegte Oberfläche reizen und eine stärkere Eiterung hervorrufen, somit die Heilung verzögern.

Den wohlthätigen Einfluss des doppeltkohlensauren Natrons bei Verbrennungen erklärt T. durch die demselben eigene anaesthesirende, antiseptische und desinficirende Eigenschaft, welche das Natr. bicarb. der sich leicht aus ihm entwickelnden Kohlensäure verdankt.

Auch mit anderen antiseptischen und desinficirenden Mitteln hat T. Versuche bei Verbrennungen angestellt, aber die Ueberzeugung gewonnen, dass sie hinter dem Natr. bicarb. in ihrer Wirkung weit zurückstehen. Auf grossen Flächen wäre die Anwendung einiger derselben (wie z. B. der Carbolsäure) überhaupt gefährlich; auf kleinen Flächen desinficiren dieselben zwar sehr gut die Wundsecrete, die Verheilung geht aber langsamer vor sich, als bei dem Gebrauch der Soda. Ausserdem bewirken dieselben auch nicht den für die Kranken so wünschenswerthen Grad von Anaesthesie, wie derselbe bei Anwendung von Natr. bicarb. erreicht wird. Bf.

Prof. Moritz Benedikt: Ueber Aetiologie, Prognose und Therapie der Tabes. (W. Med. Pr. № 1—5. 1881).

Einen grossen Procentsatz von Tabes führt Verf. auf Heredität zurück, es sind «geborene Tabetiker». Sowie es «Fett-Individuen» giebt, so giebt es auch «Bindegewebs-Individuen», bei denen das wuchernde Bindegewebe die eingeschlossenen edleren Theile erdrückt.

Ausser der ersten, — diathetischen — Anlage gehören: Erkältung, Strapazen, Excesse aller Art und hochgradige psychische Aufregungen zu den Ursachen der Tabes. Diese Ursachen, da sie unter 100 denselben exponirten Personen vielleicht bei einer Tabes hervorrufen, treffen offenbar schon eine bestehende Diathese, wobei hervorgehoben werden soll, dass diese Diathese nicht nothwendig in der ersten Anlage des Organs bedingt sein muss, sondern durch frühere schädliche Eingriffe der verschiedensten Art geschaffen sein kann. Eine weitere Ursache ist das Virus syphiliticum; solche sind oft zu unterscheiden durch ein auffallendes Schwanken in der Intensität der Erscheinungen, atypischem Beginn — dann ex juvantibus. Typische Formen von Tabes auf syphilit. Grundlage kommen auch vor, und für diese steht es mit den Schlüssen ex juvantibus schlimm, da es für sie trotz unzweifelhafter specif. Ursache kaum etwas Schlimmeres giebt, als eine energische Schmierkur. Verf. meint daher, dass viele dieser Fälle weniger von Syphilis, als von abusus mercurialis herrühren. Die hysterische Tabes zeigt ebenfalls eine gewisse Atypie, doch kommen auch vollkommen typische Formen vor, die vielleicht nur dann zu erkennen, wenn anderweitig exquisite hyster. Erscheinungen vorhanden sind. Gute Prognose geben die Formen mit prodromaler Sehnervenatrophie, bei welchen die spinalen Symptome sich ausserordentlich bessern, und die Fälle mit prodromalen gastrischen Krisen. Die syphilit. Formen von Tabes, die sich durch Atypie des Verlaufs und der Symptomatik auszeichnen, haben häufig eine günstige Prognose, die typischen im Allgemeinen eine ungünstige. Bei der ersten Gruppe wirken die Antisyphilitica, bei der zweiten verschlimmern besonders grössere Gaben von Mercur den Zustand. Die zweite Gruppe dürfte daher mercurielle und nicht syphilit. Tabes sein. Hysterische Tabes zeigt nicht jene günstige Prognose, die man vermuthete. Die Prognose der grossen Mehrzahl typischer, chron. Fälle betreffend, ist Verf. weit optimistischer gesinnt, als die meisten anderen Therapeuten. Zweierlei soll man im Auge behalten: erstens soll die Nervenfaser in ihrem oft Jahrelangen Kampfe mit der Bindegewebsfaser, da sie erst zuletzt unterliegt, — denn Sclerose und Atrophie sind nicht die primären Processe, — unterstützt werden; zweitens aber, da der Process im Beginne gewiss ein entzündlicher ist, so wirken alle Methoden, die den Gang von Entzündungen in den ersten Stadien beeinflussen, auch bei der Tabes. Eine schwere Sünde, die Tabetikern gegenüber begangen wird, ist, dass man sie nicht absoluter Bettruhe unterzieht, und doch ist Schonung der Function des Organs die oberste therapeut. Regel. Also strenge Antiphlogose, Eis, Schröpfköpfe, Jod, später lauwarme Bäder und Galvanisation. Auch Extr. Secal. corn. und Arg. nitr. gehören zu den oft sehr wirksamen Antiphlogisticis, offenbar wegen ihrer adstringirenden Wirkungen im Schwellungsstadium. Die wichtigste Heilmethode bei entwickelter Ataxie ist die Galvanisation. In Bezug auf die Schmerzen ist im neuralg. Prodromalstadium die Galvanisation nicht von ganz sicherer Wirkung, doch von fundamentaler Bedeutung, da sie viele Tabetiker im Prodromalstadium erhalten kann, während energische Anwendung von Thermen beschleunigten Ausbruch der motorischen Symptome veranlasst.

Geradezu unentbehrlich für das Symptom «Neuralgie» sind Verf. die Points de feu geworden, die Wunden bleiben durch Ung. Mezerei mindestens eine Woche offen. Oft momentane, unmittelbare Wirkung, oder aber es erweisen sich früher fruchtlos gebrauchte Methoden jetzt heilsam, Galvanisation, Secale, Halbbäder, Natr. salicyl. Die Nervendehnungen bei Tabetikern sind von hohem theoret. Interesse, sie beweisen auch, wie unrichtig die landläufigen Vorstellungen von dem Zustande der Hinterstränge bei lebenden Tabetikern ist. Wo die Nerven zerstört sind, kann Dehnung keine Besserung bewirken, und diese Thatsache spricht des weiteren für ausgedehnte Anwendung der Galvanisation.

Selbstverständlich ist in diesem Referat der sehr interessante, durch 5 Nummern gehende Vortrag nur in flüchtigen Umrissen wiedergegeben, die Lektüre des Originals kann nur sehr empfohlen werden. S—t.

R. Koppe (Moskau): Zur Lehre von der Arthrogryposis des Säuglingsalters. (Archiv f. Kinderheilkunde. 1881 Bd. 2).

Verf. giebt die Krankheitsgeschichte eines Kindes, welches vom 3. Lebensmonat an künstlich genährt worden war.

Im 7. Monat war deutliche Craniotabes und chronische Obstipation vorhanden, und es stellten sich ab und zu laryngospastische und eklamptische Anfälle ein. Nachdem das Kind an die Ammenbrust gebracht worden war, regelte sich die Verdauung, die Anfälle hörten auf und das Kind erholte sich zusehends. In Folge eines groben Diätfehlers der Amme stellten sich im 9. Lebensmonat wieder die Symptome eines Darmkatarrhes mit Colonreizung ein und die eklamptischen Anfälle kehrten wieder, diesmal jedoch in Begleitung von arthrogrypotischen Contracturen der Hände und Zehen, welche meist 2—3 Stunden dauerten und jedes Mal eintraten, sobald die meteoristische Auftreibung des Bauches stärker wurde. In den folgenden Wochen wurden unter fortdauernden Verdauungsstörungen die arthrogrypotischen Anfälle immer anhaltender und intensiver und gelegentlich einer fieberhaften Steigerung der Darmsymptome trat schliesslich eine Arthrogryposis ein, welche die Finger, das Hand- und Ellenbogengelenk sowie die Zehen, das Fuss- und Kniegelenk ergriff und 3 Wochen lang ununterbrochen anhielt. Dieselbe schwand allmählich mit der Besserung des Darmkatarrhes. Zu Ende des ersten Lebensjahres brachen die ersten Zähne durch und es trat vollständige Genesung ein. Von Rhachitis war keine Spur mehr bemerkbar.

Der 2. Fall betraf ein 10-monatliches rhachitisches Mädchen, welches bei schlechter Pflege künstlich mit Amylaceen aufgefüttert wurde. Die Arthrogryposis dauerte mit vielfachen Unterbrechungen über 6 Wochen unter beständigen Durchfällen. Besserte sich die Verdauung, so wurden die Arthrogryposisanfälle seltener, bis durch grobe Diätfehler abermals unter starkem Fieber verlaufende Durchfälle eintraten, und damit schliesslich die Arthrogryposis wochenlang anhielt. Auch in diesem Fall alternirten zahlreiche eklamptische Anfälle mit der Arthrogryposis.

Fünf weitere Fälle sind nur ambulatorisch beobachtet worden und betrafen mehr oder weniger rhachitische Kinder im Alter von 8—15 Monaten, welche theils die Mutterbrust erhielten, theils künstlich aufgefüttert wurden. Ein Fall, in welchem zugleich Muskelzuckungen und Nackenstarre vorhanden waren, die auf ein cerebrales Leiden hinwiesen, kann nicht als idiopathische Arthrogryposis angesehen werden.

Auf Grund dieser Krankheitsgeschichten schildert Verf. die Arthrogryposis (Tetanie), welche in Frankreich schon längst eine eingehende Beachtung gefunden hat, während sie in der deutschen Literatur auffallend wenig berücksichtigt worden ist. Die Analyse der Symptome würde hier zu weit führen; es sei nach der K.'schen Arbeit blos hervorgehoben, dass die Krankheit bei Kindern, soweit es sich nicht um ein Symptom schwerer Gehirnleiden handelt, stets im Gefolge von Verdauungsstörungen bei gleichzeitiger Rhachitis beobachtet wurde. Das Krankheitsbild ist sehr charakteristisch, der Verlauf chronisch und stets durch Intermissionen unterbrochen, welche anfänglich Tage und Wochen dauern können und erst später einer andauernden Muskelstarre Platz machen.

Der Ausgang ist fast stets der in vollständige Genesung. Nach Verf. ist die Krankheit als ein tonischer Muskelkrampf centralen Ursprunges aufzufassen. D—o.

H. Pagenstecher: Ueber Anwendung der Massage bei Augenerkrankungen. (Archiv für Augenheilkunde v. Knapp und Hirschberg. Bd. X, Heft 2).

Die Wirkungsweise der Massage sich so vorstellend, dass Blut und Lymphgefässe des vorderen Bulbusabschnittes einige Zeit hindurch bis in ihre feinsten Verzweigungen im Cornealrande und in das Cornealgewebe hinein vollständig entleert werden, und dadurch zur Aufsaugung von etwa vorhandenen Exsudatmassen in Sclera, Cornea, Conjunctiva und selbst im Ciliarkörper geeigneter gemacht werden könnten, dass diese hierdurch auf rein mechanische Weise in den Kreislauf eingeführt, und somit aus dem Auge eliminirt würden, wobei gleichzeitig ein Reiz auf das vasomotorische Nervensystem ausgeübt, und die Gefässe hierdurch zu besserer Contraction angeregt würden, hat Pagenstecher bei verschiedenen mit Exsudatbildung einhergehenden Krankheitsprocessen des Auges die Massage angewendet und in mehreren Fällen ganz überraschende Resultate damit erzielt. — Unter den Krankheiten der Cornea sind es hauptsächlich die stationär werdenden Trübungen genannter Membran, welche als Residuen der Keratitis pannosa und parenchymatosa zurückbleiben und das Sehvermögen des damit behafteten Organs in sehr erheblichem Grade herabsetzen, die sich für genannte Behandlungsweise eignen. Pagenstecher empfiehlt für diese Fälle die sogenannte radiäre Augenmassage, wobei die Reibung vom Centrum der Cornea in der Richtung nach dem Aequator bulbi hin ausgeführt wird. — Die Reibungen müssen dabei möglichst rasch ausgeführt werden.

Weiterhin empfiehlt P. die Augenmassage bei der Conjunctivitis pustulosa chronica, bei episcleritischen und rein scleritischen Processen, und führt zum Schluss noch einen Fall von circumscripter Exsudatbildung um ein Ciliarnervenstämmchen an, der mit sehr heftigen Schmerzen einherging und keiner Behandlungsweise weichen wollte, der schliesslich durch Massage in 14 Tagen geheilt wurde. — Um die Wirkung der Massage zu erhöhen streicht P. gelbe Präcipitatsalbe in den Conjunctivalsack und lässt nun die Massage folgen. — Die vom Verf. durch die Augenmassage erzielten Resultate sind so auffallende, dass eine Nachahmung der von ihm empfohlenen Behandlungsmethode oben genannter Erkrankungen entschieden am Platze sein dürfte. L.

Blackwood: Behandlung der Amenorrhöe. (Medic. Bulletin, Philadelphia, 1881. № 1, pag. 7).

Bl. braucht bei der durch Erkältung und Klimawechsel bedingten Suppressio mensium 2 Mittel, Strychnin und Elektricität, ersteres nach folgender Formel: Rp. Strychnin. sulph. Gr. j, Cinchonin sulphur. ʒj, Ferri Hydrogenio reducti, Asae foetidae pulver. āā ʒij, Extr. Quassiae q. s. ad pilul. № 60. S. 4 Mal täglich 1 Pille. Die Elektricität wendet er in der Weise an, dass er eine besonders dazu construirte Elektrode (Uterinsonde, welche am Knie eine kleine Scheibe trägt, bis auf den Knopf isolirt ist und die nöthige Klemmschraube für die Befestigung der Leitungsschnur hat) in den Uterus einführt, zwei andere, durch eine gabelförmig getheilte Leitungsschnur verbundene Schwammelektroden auf beide Ovarialgegenden setzt. Er benutzt zwei Wochen vor dem erwarteten Eintritt der Menstruation zuerst 2 Mal wöchentlich den constanten (— Pol im Uterus), darauf 3 Mal wöchentlich den inducirten Strom und will vorzügliche Erfolge von dieser Methode gesehen haben; dabei soll die gewöhnlich die Amenorrhöe begleitende Verstopfung sehr bald weichen. Ausser der oben erwähnten Elektrode braucht Bl. noch eine doppelte, welche den Strom auf den Uterus allein beschränkt; an der eben beschriebenen einfachen Elektrode ist eine Kugel angebracht, in welche ein gebogener Drath eingelassen ist, der gut isolirt, den Strom aus dem Uterus heraustreten lässt; zur Elektrisirung der Ovarien benutzt er knopf- und napfförmige Elektroden. Hz.

Seifert: Zur Pathologie und Therapie der Trigeminus-Neuralgien. (Berl. klin. Woch. № 11.)

S. theilt 3 Fälle von Trigeminus-Neuralgien aus der Gerhardt-schen Klinik mit. In allen 3 Fällen bestand mehr oder weniger Hyperalgesie, einmal auch vermehrte Schweisssecretion der betreffenden Gesichtshälfte. Es wurde Compression der entsprechenden Carotis von ¼—1½ Minuten Dauer wiederholt angewandt, stets mit gutem augenblicklichen Erfolg, im ersten Falle auch mit nachfolgender Veränderung der schmerzfreien Intervalle. In allen 3 Fällen wurde durch Chinin (1,0) dauernde Heilung erreicht. In seinem 3. Falle fand S. während der Dauer der Carotis-Compression jedesmal Vergrösserung der Tastkreise auf der entsprechenden Seite von 2 auf 3 Ctm. Durchmesser; an einer Reihe gesunder Individuen, die zur Controle geprüpft wurden, konnte diese Erscheinung nicht constatirt werden. —o—

Prof. E. Raehlmann (Dorpat): Zur Lehre der Amyloid-degeneration der Conjunctiva. (Archiv für Augenheilkunde von Knapp und Hirschberg, X, 2, pag. 129—146. (Mit einer Tafel).

Verf. theilt zunächst die Krankengeschichten zweier von ihm beobachteter Fälle von sog. Amyloidtumoren der Conjunctiva mit. Die beiden Fälle sind in klinischer Beziehung von ganz besonderer Wichtigkeit, einmal weil sie die vollständige Unabhängigkeit der Amyloidentartung von dem Trachom der Bindehaut darthun, dann, weil sie die Möglichkeit der Rückbildung der amyloiden Massen nach partieller Exstirpation beweisen.

Im zweiten Theile der Arbeit wird die histologische Structur der Amyloidtumoren eingehend besprochen. Verf. weist darauf hin, dass von den früheren Autoren zwar die Configuration der Gebilde, welche Amyloidreaction erkennen lassen, sehr ausführlichen Erörterungen unterworfen worden, dass aber der histologische Bau der Geschwülste sehr wenig eingehend beschrieben ist. Der feine Bau der Tumoren verhält sich nach dem Verf. folgendermaassen: Der Tumor ist aus einem Bindegewebe aufgebaut, welches ganz analog dem gewöhnlichen Adenoidgewebe der normalen Conjunctiva construirt ist und die grösste Aehnlichkeit hat mit dem Gewebe der Lymphdrüsen. In Anfangszuständen der Wucherung handelt es sich mehr um einfache hyperplastische Vergrösserung des normalen Conjunctivalgewebes, in vorgeschrittenen Stadien um reine Neubildungen von Adenoidsubstanz. Es dringen ausgebildete, sich verästelnde, grosse, meist spindelförmige Zellen ins subconjunctivale Gewebe gegen den Tarsus vor mit Neubildung und Vermehrung von vergrösserten Lymphzellen in den Zwischenräumen. In entwickelten Fällen findet sich in dem neugebildeten Gewebe ein förmliches Fasergerüst, typisch geordnet, mit zahlreich eingelagerten Kernen. — In diesen so beschaffenen Tumoren treten nun unter noch nicht näher bekannten Umständen Veränderungen der zelligen Elemente anfangs allein, später auch der Rüstsubstanz auf, welche der Verf. zuerst hier beobachtet hat, und welche er als durch hyaline Degeneration bedingt ansieht. Diese Veränderungen entsprechen der von Recklinghausen beschriebenen hyalinen Degeneration der Lymphdrüsen. *Die Tumoren können in grosser Ausdehnung hyalin entarten, ohne das Amyloiddegeneration nachgewiesen werden kann.* Die letztere Degeneration tritt erst in späteren Stadien der Entwickelung der Geschwülste auf, wenn diese bereits hyalin entartet sind. Diese Annahme stimmt mit der Auffassung v. Recklinhausen's überein, welcher dass Hyalin als eine Vorstufe des sich nur durch die Reaction unterscheidenden Amyloids auffasst.

Zum Schluss giebt der Verfasser folgendes Resumé:

1. die Geschwülste entstehen unabhängig vom Trachom der Bindehaut;
2. sie können nach partieller Exstirpation vollständig zurückgehen;
3. die Structur des sog. Amyloidtumors ist diejenige lymphoider Geschwülste;
4. die Geschwülste können in grosser Ausdehnung hyalin entarten, ohne dass Amyloidsubstanz nachzuweisen ist;
5. die Amyloidbildung entwickelt sich stets in hyalin entarteten Geschwulsttheilen. K—y.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

L. Stieda: Untersuchungen über die Entwickelung der Glandula thymus, Glandula thyreoidea und Glandula carotica. Mit zwei lith. Tafeln. Leipzig. W. Engelmann. 1881.

Kurze Zeit nach der Ausgabe der Wölfler'schen Arbeit über die Entwickelung der Schilddrüse erschienen die unabhängig davon angestellten Untersuchungen des Dorpater Anatomen über dasselbe Thema, die ebenfalls an Embryonen verschiedener Säugethiere gewonnen wurden. Während aber Wölfler nur die Schilddrüse mit der Absicht in Betracht zieht, die erhaltenen Resultate für die Erkenntniss der Kropfbildung zu benutzen, bearbeitet Stieda noch die Thymus und die Glandula carotica. Für alle drei Drüsen, deren Verwandtschaft bisher nur vorübergehend betont wurde, hat sich ergeben, dass sie sämmtlich epitheliale Bildungen sind und zwar vom

Epithel der Kiemenspalten entstehen; es stehen daher die auf der Höhe ihrer Ausbildung verschieden gebauten Drüsen genetisch in innigem Zusammenhang.

Gleich Wölfler ist Stieda für die Schilddrüse zu dem Resultat gekommen, dass dieselbe sich als ein *paariges Organ* aus dem Epithel einer Kiemenspalte entwickelt; dasselbe gilt von der Thymus, wie es bereits Kölliker vermuthet, endlich entsteht auch die Glandula carotica aus dem Epithel einer Kiemenspalte. Nur über die Frage, aus welcher Kiemenspalte die drei Drüsen hervorgehen, ist kein sicheres Resultat vorhanden: bei Schweinembryonen scheint aus dem lateralen Theil der letzten Kiemenspalte die Thymus, aus dem medianen die Thyreoidea hervorzugehen, bei Schafsembryonen, bei denen vielleicht die dritte und vierte Kiemenspalte mit ihren medianen Enden an derselben Stelle in den Pharynx münden, würde die Thyreoidea aus der vierten, die Thymus aus der dritten Spalte abzuleiten sein.

Eigenthümlich ist der Verbleib der ursprünglich epithelialen Zellen dieser Drüsen: bei der Thyreoidea kleiden dieselben später die Drüsenfollikel aus, bei der Thymus wandeln dieselben sich in die geschichteten Hassel'schen Körperchen um (wie dies auch His ausspricht), während bei der Carotica die Epithelzellen wahrscheinlich vollständig schwinden, resp. sich in einer noch zu erforschenden Weise ändern. B—n.

A. Jacobi: A treatise on Diphtheria. New-York 1880. 8. pag. 234.

In diesem Buch wird dem Publicum nach den Worten des Autors ein möglichst genauer und kurzer Ueberblick über die Diphtherie und die Ansichten, die über dieselbe in der Jetztzeit bestehen, geboten. Und diese sich gestellte Aufgabe hat Verfasser erfüllt. Nachdem Verf. im ersten Kapitel eine genaue Geschichte der Diphtherie gegeben hat von der ältesten Zeit an bis zur Neuzeit, wobei eine reichliche Literatur Berücksichtigung findet, wird im 2. Kapitel entwickelt, dass die Diphtherie eine *Kinderkrankheit* sei, die aber auch Erwachsene befällt und den Letzteren gefährlich werden kann; das Geschlecht macht keinen Unterschied, ausser dass bei Knaben Laryngeal-Diphtherie häufiger als bei Mädchen vorkommt, jedoch sind einzelne Individuen und Familien besonders für diese Krankheit empfänglich. Dabei kann Verf. der Unreinlichkeit nur die Stelle einer Gelegenheits-Ursache zuerkennen und die Abhängigkeit der Diphtherie von *Bacterien allein* nicht als erwiesen annehmen. Im 3. Kapitel wird nachgewiesen, dass die Infection bald erst local auftritt und dann allgemein wird, oder auch gleich anfangs sich als Blutvergiftung äussern kann. Das 4. Kapitel soll beweisen, dass die Diphtherie enorm contagiös ist und durch die verschiedensten Vermittler sich weiter verbreitet, wobei die Incubationszeit 2—3 Tage dauert und dem Auge bemerkbare oberflächliche Krankheitssymptome mitunter erst auftreten, nachdem das Gift schon das Blut inficirt hat. Das 5. Kapitel handelt von den 3 Arten der Diphtherie: croupösen, diphtheritischen und gangränösen, ihren Symptomen und Folgeerscheinungen. Im 6. Kapitel wird betont, dass für Diphtherie «Membranbildung» und granuläre Infiltrationen *characteristisch* sind, wobei die verschiedenen Arten der Diphtherie mit Vorliebe verschiedene Organe oder Theile von Organen ergreifen. Das 7. Kapitel handelt von der Diagnose, die mitunter grosse Schwierigkeiten darbietet und häufig erst klar wird, wenn der Krankheits-Process schon sehr vorgeschritten ist; hier werden die einzelnen Symptome genau besprochen und gruppirt. Das 8. Kapitel stellt die Prognose stets als zweifelhaft dar, da der Verlauf der Krankheit kein typischer ist. Das 9. (Schluss-) Kapitel spricht von der Behandlung, die nach dem Rath des Verf. in Anwendung von antiseptischen Mitteln in nicht strenger local zu applicirender Form und in stärkenden Mitteln zu bestehen hat, um so dem Umsichgreifen des Processes einen Damm zu bieten und zugleich der Gefahr eines Kräfteverfalls vorzubeugen. Wer sich für die Diphtherie, die zur Jetztzeit in Russlands Grenzen wüthet, interessirt, dem kann dieses Buch empfohlen werden: er wird Manches Belehrende und Anregende in demselben finden. Gr.

Russische medicinische Literatur.

№ 104. **Wojenno-Medicinski Journal.** März-Heft 1881.
Inhalt: a) W. Bechterew: Klinische Temperatur-Untersuchungen bei einigen Formen von Geisteskrankheiten. (Forts.)
b) Agapitow: Ueber die Einführung gasförmiger und flüssiger Körper in die Paukenhöhle durch die Tuba Eustachii.
c) P. Kubassow: Ueber den Einfluss der Arzneimittel durch die Mutter auf die Frucht. (Forts.)
d) D. Welitschkowski: Ueber die Wirksamkeit des temp. Mil.-Hospitals № 56 im türkischen Kriege 1877/78.

№ 105. **Westnik Wodoletschenija.** Mai-Heft 1881.
Inhalt: a) Flemming: Ueber Sandbäder.
b) K. Faber: Ueber den Einfluss des Seeklimas auf den Organismus im Allgemeinen und speciell auf die Lungenschwindsucht.
c) W. Tschugin: Ueber die klimatischen Kurorte der Krim.
d) N. Gawronski: Ueber die combinirte Behandlung mit kaukasischen Mineralwässern und Kumyss.
e) Ch.: Das Schwefelbad Kemmern.
f) E. Lewis: Hydrotherapeutische Apparate.

№ 106. **Wratsch.** № 18.
Inhalt: a) Prof. N. Sklifassowski: Operative Behandlung der Ankylose des Unterkiefers.
b) J. Burzew: Papilloma keratoides clitoridis.
c) S. Schor: Multiple Exostosen bei mehreren Gliedern derselben Familie.
d) G. Karrik: Ueber Kumyss. (Forts.)

№ 107. **Klinitscheskaja Gaseta.** № 18.
Inhalt: a) W. Ratimow: Ueber Pustula maligna bei Menschen.
b) E. Schumowa: Einfluss des Chloralhydrats auf den Blutdruck.
c) G. Rein: Kaiserschnitt oder Exstirpation des schwangeren Uterus. (Schluss).
d) G. Rodionow: Zur Casuistik der Cerebrospinal-Meningitis in Rjasan.

№ 108. **Wratschebnija Wedomosti.**
Inhalt: a) Ucke: Die Diphtheritis-Epidemie in der südlichen Hälfte Russlands.
b) Orlow: Ueber die Betheiligung der Landschaft an der Kindererziehung.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Union médicale et scientifique du Nord-Est. № 4. Reims 1881.
— Ueber Arseniklähmung von Dr. A. Seeligmüller. (Sep.-Abdr. aus «D. med. Wochenschrift».)
— Archives of Laryngology. № 2.
— Wiener Klinik. Heft 4.
— Die Anästhetica von Dr. Ed. Tauber. Aug. Hirschwald. Berlin 1881.
— Die Blatternbehandlung mit Glycerin von Dr. F. Ehrendorfer. (Sep.-Abdr. aus «Wien. med. Presse».)
— Die Mineralwässer von Druskeniki (russ.)
— Zum Programm von Jules François über die Arbeiten zur Einrichtung der kaukasischen Mineralbäder von Fr. v. Koschkul, Berg-Ingenieur. (russ.) Tiflis 1881.
— Krynica, jej wody alkaliczno-zelaziste.
— El medico y cirujano centro-americano. № 14.
— Die Medicin der Gegenwart in ihrer Stellung zu den Naturwissenschaften und zur Logik, von Dr. Wernich. G. Reimer. Berlin 1881.
— La gaceta de sanidad militar. № 152.
— Nice médical. № 7.
— Annales de la société médico-chirurgicale de Liège. № 4.
— Paris médical. № 16 u. 17.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztlichen Vereins.

Sitzung vom 5. Januar 1881.

1. Dr. Lingen berichtet über eine Patientin, die mit einem die ganze rechte Thorax-Höhle einnehmenden Empyem ins Hospital eintrat. Dieselbe war sehr abgemagert, schwach, anämisch, dyspnoisch, fiebernd; eine während 3 Monate zu Hause angewandte Behandlung war ganz erfolglos gewesen; daher sollte die Entleerung des Empyems durch Thoracocentese mit Rippenresection vorgenommen werden. Patientin wurde mit aller Vorsicht chloroformirt, der Hautschnitt auf der 6. Rippe in der Axillarlinie mit Ablösung des Periosts ausgeführt; um für die Durchsägung der Rippe eine bequemere Lage zu gewinnen, wurde Patientin auf die linke Seite gewandt, die Durchsägung vorgenommen. Da hörte plötzlich Pulsschlag und Athmen auf, das blasse Gesicht der Patientin wurde livid; es wurden sogleich alle Belebungsversuche gemacht, während derselben durch Punction ein grosser Theil des eitrigen Exsudats entleert, jedoch alles vergebens; nach 1¼ stündigen Belebungsversuchen mussten wir die Patientin als todt betrachten. Referent war geneigt die Todesursache im Chloroform zu suchen, dessen andauernde Einwirkung die so schwache Patientin nicht hatte überstehen können; andererseits musste er auch die Berechtigung der Ansicht einiger Collegen zugeben, dass die schnell ausgeführte Wendung der Patientin auf die linke Seite, wobei die linke Lunge durch das mächtige rechtseitige Exsudat comprimirt werden musste, die ohnehin spärliche und behinderte Athmung zum Stillstand gebracht habe. Die Section ergab ausser dem Empyem und dessen unmittelbaren Folgen nur negative Resultate.

2. Dr. Lingen hielt einen Vortrag über *die Statistik der complicirten Fracturen im Marien-Magdalenen-Hospital von 1863 bis 1880.* Im Laufe dieser 18 Jahre waren behandelt *1057 einfache Fracturen*, von denen 49 starben, also 4,6%; unter diesen sind alle Arten von Fracturen zu finden, Schädel-, Becken-, Wirbel-, multiple Rippenbrüche etc. *Complicirte Fracturen* wurden behandelt 152, von

den 68 starben, also 44%; darunter befanden sich sowohl complicirte Schädelfracturen als auch Brüche der Fuss- und Handwurzelknochen. *Complicirte Fracturen der grossen Extremitäten*, auf die sich der Referent beschränkt, kamen 122 vor, von denen 55 starben, also 45%. Der Vergleich mit den Resultaten in den deutschen Kliniken ergiebt vor der Einführung der antiseptischen Behandlung annähernd dieselben Verhältnisse. Referent giebt nun in fortlaufender Reihe für jedes Jahr eine Uebersicht der vorgekommenen *complicirten Fracturen*, der eingeschlagenen Behandlung: conservativ, primär oder secundär amputirt, und die Verhältnisse der Geheilten zu den Verstorbenen, und schliesslich eine tabellarische Zusammenstellung, aus der die günstigen Erfolge der conservativen Behandlung bei der antiseptischen Methode erwiesen werden. Die Berechnung sämmtlicher *complicirter Fracturen* in den 18 Jahren ergab 55% Geheilte auf 45% Gestorbene. Nach Abzug der primär amputirten 58,8% Geheilte, 42% Gestorbene. Bis zum Ende conservativ behandelt 62,3% Geheilte, 37,7% Gestorbene. In den letzten 3 Jahren, seit consequenter Durchführung der antiseptischen Behandlung 80% Geheilte, 20% Gestorbene.

Dr. Moritz bemerkt dazu, dass es darauf ankomme zu wissen ob und wie oft leichte Hautdeckenverletzungen vorgelegen, wie oft vielleicht nur Durchstechung der Haut durch einen spitzen Knochen?

Dr. Lingen erwidert, es seien meist ernste Verletzungen der Haut gewesen. Ein Fall von leichter Perforation der Haut sei aber kürzlich nach 10tägigem Fieber gestorben. Der Mann sei Potator gewesen.

3. Dr. Wulff demonstrirt einen Verband aus Tripolith, den er nach der Empfehlung Langenbeck's in der Berl. klin. Wochensch. angelegt. Tripolith ist leichter als Gyps und billiger und soll kein Wasser durchlassen. Stoll & Schmidt haben ihm eine kleine Portion überlassen. Der Verband wurde an einer Distorsion des Tibio-tarsalgelenks angelegt. Er soll nach 3—5 Minuten hart sein, jedoch trat das in diesem Fall nicht ein; nach 20 Minuten war er noch nicht hart; die Oberfläche bleibt länger feucht. Bei der Demonstration wird der Verband begossen; es zeigt sich, dass er Wasser aufsaugt.

4. Prof. Dr. Sagorsky berichtet über die Resultate der Hansen'schen Versuche, soweit er sie in einer Privatgesellschaft beobachten konnte.

Dr. Lichtenstadt, als Gast, fügt seine Beobachtungen hinzu, die er auf der Charcot'schen Klinik in Paris bei einem Besuche in Bezug auf den Hypnotismus gemacht hat.

Sitzung vom 19. Januar 1881.

1. Dr. Kade macht casuistische Mittheilungen aus der chirurgischen Abtheilung des Marien-Hospitals, die in unserer Wochenschrift im Druck erschienen sind. (vgl. № 6 u. ff.)

Sitzung vom 2 Februar 1881.

1. Dr. von Maydell berichtet über einen Fall von Vergiftung mit Colchicin. Am 13 Januar kam ein junges Mädchen zum Zahnarzt in die Ambulanz der philanthropischen Gesellschaft. Sie litt an Schmerzen nach einer Zahnextraction und bat um ein Mittel dagegen. Der Zahnarzt beauftragte den anwesenden Feldscher ein Recept zu verschreiben und unterschrieb es. Das Recept lautete Chinini sulph. Gr. jj und Coccheini Gr. j. In der Apotheke wurden darauf hin abgelassen 6 Pulver zu je Chinin. sulf. Gr. jj. und Colchicini Gr. j. ¹/₄ Stunde nach dem Einnehmen des ersten Pulvers empfand die Kranke Brennen im Magen und Ueblichkeit. Sie hatte das Pulver um 11 Uhr Abends genommen. Nach einer Stunde stellte sich Erbrechen und nach 4 Stunden Durchfall ein. Dr. Wiesel, der hinzugerufen wurde, beobachtete dann folgende Erscheinungen: Unstillbares Erbrechen, Durchfall, heftige kolikartige Schmerzen im Leibe, Durst, verminderte Harnsecretion. Die Haut war etwas anästhetisch, und es trat bald Collaps auf. Den 14 Januar von 8 Uhr Abends an filiformer Puls, sehr schwache Herzthätigkeit. Um 6³/₄ Uhr Morgens den 15. Januar Verlust des Bewusstseins und Cyanose, Puls nicht zu fühlen; um 7¹/₂ Uhr Trismus und um 8 Uhr Morgens Tod. d. i. 33 Stunden nach der Einnahme des Pulvers. Die Vergiftungen mit Colchicin sind sehr selten; in Petersburg ist es der zweite Fall. Im ersten hatte ein Arbeiter in der Apotheke ℥jj Vinum colchicum entwendet und ausgetrunken. Die nach der Pharmacopoe vorgeschriebene höchste Gabe ist Gr. ¹/₃₀ pro dosi und Gr. ¹/₄ pro die.

In diesem Fall ist also der Zahnarzt B. schuldig Unsinn verschrieben zu haben und der Pharmaceut: aus einem falschen Wort willkürlich eines gemacht zu haben und dabei ein Gift in viel zu hohen Dosen abgelassen zu haben. Der Besitzer der Apotheke war krank und hatte die Verwaltung derselben dem ältesten Provisor übergeben. Auf wiederholt geäusserte Fragen und Bedenken des ältesten Receptarius erwiderte er, das Mittel ist unschädlich und Sie sollen es geben.

Dragendorff führt an, dass in der Nähe von Rom auf dem Lande gastrische Beschwerden epidemisch geworden waren. Die Ursache wurde in dem Hauptnahrungsmittel der Bewohner, in der Ziegenmilch gesucht und gefunden. Es stellte sich heraus, dass auf der Weide 6 Arten giftiger Kräuter wuchsen; darunter auch Colchicum. Den Ziegen schadeten dieselben nicht. Von Colchicum ist erwiesen, dass es besonders auf Fleischfresser wirkt und dann schon in kleinen Gaben, langsam aber tödtlich. Die Grösse der Gaben ist nicht proportional der Wirkung; schon kleine Gaben wirken sehr stark. Das Colchicum wirkt lähmend auf's Centralnervensystem, aber nicht auf das ganze zugleich; während das Athmungscentrum gelähmt ist, dauert die Circulation lange ungeschwächt fort. Nach dem Tode erscheint die Magen-Darmschleimhaut hyperämisch und entzündet, die Nieren hyperämisch, ihr Secret vermindert. Aus Berlin wurden bei Dragendorff mehrere Fälle von Vergiftung und einer aus Wien citirt. Als Antidote kommen in Betracht Tannin und Opium. Alle genasen.

Prof. Zdekauer führt einen Fall von Gewöhnung an Colchicum an. Vinum Colchicum wurde von einem Patienten Theelöffelweise genommen.

Dr. Magawly führt einen Fall von Eserinvergiftung an, der günstig verlief. Einem Manne war Eserin Gr. j auf ℥jjj verschrieben und er hatte die Portion durch ein Versehen ausgetrunken zum Mittagessen. Gegen Ende der Mahlzeit traten Schwindel und Erbrechen auf. Er bemerkte das Versehen und genoss als Gegenmittel Milch, wonach reichliches Erbrechen auftrat. Nach einigen Tagen stellte er sich gesund vor.

2. Dr. Rauchfuss berichtet über einen für die Croupfrage interessanten Fall von Diphtherie der Trachea, welcher unter den Erscheinungen des sogenannten Croup d'emblée verlief. Das 2¹/₄ Jahre alte Mädchen, war am 26. Januar 1881 in der Klinischen Abtheilung des Kinderhospitals des Prinzen von Oldenburg aufgenommen worden mit Erscheinungen von Stenose der oberen Luftwege. Tags zuvor war sie unter Heiserkeit, bellendem Husten und stetig wachsender Dyspnoë erkrankt. Bei der Aufnahme war die Stimme klangvoll obgleich ein wenig heiser, das Athmen stenotisch, Husten äusserst selten. Respiration c. 50, Puls 150, Temp. 38,5. Ueber den Lungen tympanitischer Schall oben und vorn, hinten unten sehr leichte Dämpfung, geringe Schwellung von Leber und Milz. Leichte catarrhalische Erscheinungen im Rachen und Vestibulum laryngis. Unter Zunahme von Erscheinungen der Trachealstenose, vollkommene Anaesthesie der Trachea und Hauptbronchien (Husten nur durch starke directe Reize und auch hiedurch nur sehr selten und gering provocirbar) bei Temp. zwischen 38,5—39,5. Respirationszahl von 50—70, Puls 140—60 — c. 36 Stunden nach der Aufnahme unter Erscheinungen von allmählich anwachsender Asphyxie ziemlich plötzlicher Eintritt des Todes. Zeichen von Larynxstenose relativ unbedeutend. Auf Grund dieser Erscheinungen und besonders begründet auf die hervorragende Tracheobronchiale Anaesthesie wurde die Diagnose auf Tracheitis oder Tracheobronchitis fibrinosa mit geringer Betheiligung des Larynx gestellt.

Die Section ergab: Die beiden obern Kehlkopfräume geringe catarrhalische Entzündung zeigend, die untern Kehlkopfräume und die obern ²/₃ d. Trachea infiltrirt, geschwellt, geröthet, feinkörnige sammetartige Schleimhautoberfläche, hier und da ein zarter Anflug, zu den Bronchien d. Process in Abnahme, Trachea und Hauptbronchien jeder Elasticität verlustig — ein Bild wie es der diphtheritischen Affection der Trachea zukommt. Parenchymatöse entzündliche Erscheinungen in Leber, Milz und besonders den Nieren. Referent entwikelt an diesem Fall die leitenden Gesichtspunkte für die klinische Auffassung des Croup und betont, dass dieser Fall dessen histologische Prüfung übrigens noch bevorsteht beweise, dass auch der sogenannte Croup d'emblée rein diphtherischer Natur sein könne.

z. Z. Director Dr. Herrmann.
Secretär Dr. Tiling.

Oeffentliche Danksagung.

Es ist mir vor 14 Tagen aus Russland durch die Post eine menschliche Frucht mit einem ausgezeichnet erhaltenen, etwas über dreiwöchentlichen Embryo (von 5¹/₂ Mm. Länge) zugesandt worden. Die Sendung ist mir nach verschiedenen Richtungen hin sehr werthvoll geworden, wie ich durch die Publication der Untersuchungsergebnisse späterhin hoffe darthun zu können. Ich fühle das Bedürfniss, dem freundlichen Geber meinen besonderen Dank auszusprechen und ich bin genöthigt, dies auf öffentlichem Wege zu thun, weil mir in Ermangelung eines Begleitschreibens, sein Name unbekannt geblieben ist.

W. His.

Anatomische Anstalt der Universität Leipzig.
25. April 1881.

Tagesereignisse.

— Am 24. Mai c. vollenden sich 50 Jahre seit dem Eintritt Pirogow's in den Staatsdienst. (Den Arztgrad an der Moskauer Universität hat Pirogow bereits im Mai des Jahres 1828 erlangt; das von der Dorpater Universität ausgestellte Diplom über die Würde eines Doctor medicinae ist vom 30. December 1832 datirt). Auf die Einladung der Moskauer Universität und der Moskauer chirurgischen Gesellschaft wird Pirogow, falls sein Gesundheitszustand es ihm gestattet, zur Feier seines Jubiläums (am 24. Mai) nach Moskau kommen. Alle Adressen, Telegramme etc. sind daher nach Moskau auf den Namen des Rectors der Universität zu senden. Nach dem, was bis jetzt darüber gemeldet worden, zu urtheilen, verspricht die Betheiligung der medicinischen Welt an der Feier dieses Tages, wie zu erwarten war, eine recht allgemeine zu werden. Zum Jubiläum wird auch, wie der Wratsch erfährt, die erste Lieferung einer russi-

schen Uebersetzung des berühmten Pirogow'schen Werkes: «Chirurgische Anatomie der Arterienstämme und Fascien» unter der Redaction des Prof. Kolomnin herausgegeben werden. Diese russische Ausgabe erscheint im Verlage des hiesigen Buchhändlers Zylow, welcher für das Recht der Herausgabe 1600 Rbl. gezahlt hat, von denen auf Wunsch des Jubilars, die eine Hälfte zum Jubiläumscapital geschlagen, die andere Hälfte zum Besten armer Studenten der medico-chirurgischen Academie verwandt werden soll.

— In Kijew ist der frühere Oberarzt des dortigen Militärhospitals Dr. S. Mandrowski gestorben.

— Die Gesellschaft der Aerzte in Kijew hat zu ihrem Präsidenten an Stelle des Prof. Mazon, der, wie wir bereits gemeldet haben, Krankheits halber zurückgetreten ist, Prof. P. Peremeshko und zum Vicepräsidenten Prof. Tritschel gewählt.

Miscellen.

— Die *Morbilität in St. Petersburg* ist schon seit Monaten wieder eine auffallend grosse und namentlich ist die Zahl der Typhuskranken in steter Zunahme begriffen, so dass die bestehenden Hospitäler und die 5 zeitweiligen Krankenhäuser schon lange nicht zur Unterbringung der täglich sich zur Aufnahme meldenden Kranken ausreichen. Nach den Büchern des Central-Erkundigungs-Bureaus sind wegen Mangels an freien Plätzen in den Hospitälern in der Woche vom 19.—25. April 847 Kranke und in der darauf folgenden Woche 885, d. i. im Durchschnitt 126 Personen täglich (am 22. April sogar 156 Personen) abgewiesen worden, welche durch die Hospitalsteuer, welche sie zahlen, zur unentgeltlichen Verpflegung im Hospital berechtigt sind. Von früher Abgewiesenen konnten in der erstgenannten Woche nur 88 Kranke, in der darauffolgenden Woche nur 48 placirt werden. Es kommt vor, dass die unglücklichen Typhus-Kranken sich mehrere Tage hintereinander von ihrer Wohnung, wo sie nicht geduldet werden, ins Hospital und wieder zurückschleppen, bis sie endlich, nachdem sie wiederholt vergeblich um Aufnahme nachgesucht, schwach werden und einfach liegen bleiben, ja sogar — wie schon vorgekommen — auf der Strasse sterben.

Leider hat die Stadtverwaltung, welcher nach der Städteordnung die Unterbringung aller Kranken obliegt, der ausserordentlichen Lage bis jetzt nicht gehörig Rechnung getragen. Die Errichtung von Specialhospitälern für Flecktyphus, welche für eine Stadt, wie St. Petersburg, in welcher diese Krankheit fast alljährlich epidemisch aufzutreten pflegt, ein dringendes Bedürfniss sind, ist — trotz der alljährlich wiederkehrenden eindringlichen Mahnung — immer noch in weitem Felde!

Die Mortalität in St. Petersburg ist ebenfalls eine ausserordentliche und hat in der letzten Berichtwoche vom 12. bis 18. April c. die unerhörte Ziffer von 68,86 pro Mille der Einwohnerzahl erreicht.

Bf.

— In nächster Nähe von Kreuznach befindet sich das Soolbad *Münster am Stein*, Gewinnungsort der sogenannten Kreuznacher Mutterlauge. Hier ist von Frl. Schwager ein Logirhaus für Kurgäste eingerichtet worden, mit Bädern im Hause, Pensionspreisen etc. Auf durchaus zuverlässige Informationen gestützt, können wir nicht umhin, unseren hiesigen Collegen zu empfehlen ihre resp. Patienten die nach Kreuznach wollen, auf die *Pension Schwager* aufmerksam zu machen.

Berichtigung.

In № 17 der Wochenschrift brachten wir die Notiz, dass einer der jüngst an Trichinose Erkrankten, ein junger Mann von ca. 27 Jahren, nachdem bereits volle Reconvalescenz eingetreten, in Folge von Herzschwäche gestorben sei. Bald darauf lasen wir in № 119 der «St. Petersburger Zeitung», dass der Verstorbene Al. Eylandt geheissen, und dass die Section, wie der «Porjadok» berichte, ergeben habe, dass die Herzmuskeln von Trichinen übersäet gewesen seien. Wir können mit vollster Bestimmtheit versichern, dass diese Nachricht falsch ist, denn die Leiche des Herrn Eylandt ist *leider* nicht secirt worden. Bisher ist in Petersburg, unseres Wissens überhaupt in Russland, noch kein Todesfall an Trichinose constatirt worden, es wäre daher gewiss von grosser Wichtigkeit gewesen in diesem Falle die Section zu machen, da die unzweifelhaft vorausgegangene Trichinose allerdings den Verdacht erwecken konnte, dass sie auch die unmittelbare Todesursache gewesen. Nach den gesetzlichen Bestimmungen hätte der Fall zur gerichtlichen Obduction gelangen müssen; die letztere ist unterblieben weil, wie uns von competenter Seite mitgetheilt wurde, die Meldung zu spät gemacht worden ist.

Red.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 3. Mai 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	955	351	1306
Alexander- «	741	167	908
Kalinkin- «	—	533	533
Peter-Paul- «	385	166	551
St. Marien-Magdalenen-Hospital	166	73	239
Marien-Hospital	288	482	770
Ausserstädtisches Hospital	544	149	693
Roshdestwensky-Hospital	51	32	83
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	333	150	483
5 zeitw. Hospitäler	650	139	789
Ausschlags-Hospital	21	10	31
Summa der Civilhospitäler	4134	2252	6386
Nikolai-Kinder-Hospital	51	67	118
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	80	103	183
Elisabeth-Kinder-Hospital	28	35	63
Summa der Kinderhospitäler	159	205	364
Nicolai-Militär-Hospital	604	21	625
Ssemenow'sches Militär-Hospital	311	—	311
Kalinkin-Marine-Hospital	233	—	233
Gesammt-Summa	5441	2478	7919

Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	1281	512	1793
Scarlatina	25	24	49
Variola	15	9	24
Venerische Krankheiten	629	531	1160

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 26. April bis 3. Mai 1881 besucht von 2409 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1064.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs

für die Woche vom 19. bis 25. April 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 832 (Todtgeborene 22). Mortalität der Woche für das Jahr berechnet 64,61 p. M.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
532	300	832	113	37	92	17	14	50	130	100	93	80	60	33	8	5

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 56, Typh. abd. 43, Febris recurrens 34, Typhus ohne Bestimmung der Form 29, Pocken 4, Masern 9, Scharlach 13, Diphtheritis 14, Croup 3, Keuchhusten 2, Puerperalkrankheiten 4, Dyssenterie 1, Thiergift 1.

— Gehirnapoplexie 5, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 23, acute Entzündung d. Athmungsorgane 105, Lungenschwindsucht 130, Gastro-intestinal-Krankheiten 109, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 40, Marasmus senilis 43, Krankheiten des Gehirns 32, Krankheiten der Lungen 13, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 24, Krankheiten der Bauchorgane 35, Cachexia 28.

— Tod durch Zufall 9, Selbstmord 1.

— Andere Ursachen 22.

Adressen von Krankenpflegerinnen.

Anna Karlowna Mordwin, у Чернышева моста, № 68, кв. 5.
M. Jakimowa, Гороховая, № 77, кв. 15.
Elis. Iwan. Njemtschinowa, На Пескахъ, 7 улица, № 8, кв. 4.
Amalie Schulz, На углу Вознесенскаго и Екатерингофскаго просп., д. Лихачева, № 37/6, кв. 37.
Frl. Helena Fedorowna Stepanenko (Hebamme u. barmherz. Schwester), Почтамтская ул., № 11, кв. 17.
Аполлинарія Егоровна Щепоткина (Hebamme) Новая ул., № 11, кв. 28.
Frl. Rasmussen, Обводный каналъ (на углу Измайловскаго просп.) № 21, кв. 30.
Frl. Nürnberg, Мал. Конюшенная, № 1/3, кв. 50.
Frau Eurich, На углу М. Итальянской и Эртелева пер., д. кн. Масальской, № 1/12, кв. 19.
Elisab. Karlowna van der Vliet (Hebamme und Krankenpflegerin) На углу большой Мастерской и Торговой улицѣ, д. № 11/7, кв. 10.
Frau A. Jordan, Введенская ул., д. Зонтикова, кв. № 2.
Anna Andrejewna Bitt, Свѣчной переулокъ, д. № 8, кв. 10.
Anna Nikolaewna Nikolaewa, у Пустаго рынка, Рыночная ул., д. Пыльнева № 8, кв. 5.
Elis. Wass. Ospitschewa, Большая Конюшенная д. № 10, кв. № 93.
Caroline Krause, Измайловскій полкъ, 3 рота, домъ Общества дешев. кварт., № 7, комн. № 90.
Amalie Ritter, По Лиговкѣ, д. 8, 4-я лѣстница, 15-й коридоръ, 18-я комната.

Ctrl. Msk. 11234

Curort Obersalzbrunn.

47 (2)

Die hiesigen Mineralquellen Oberbrunnen und Mühlbrunnen sind alkalische Säuerlinge höchsten Rufes. Sie rangiren mit Ems und Eger Salzquelle und sind, weil **sie mild wirken, ohne zu schwächen,** seit Alters her heilbewährt in Krankheiten der Lungen und Luftröhren, sowie der Unterleibs-Organe, besonders Plethora abdominalis, chron. Katarrh des Magens und Duodenums, Blasenkatarrh etc. Ihre Versendung geschieht während des ganzen Jahres. Cursaison vom 1. Mai bis 30. September. Grossartige Molken- und Bade-Anstalten. Niederlage aller fremden Mineralwasser und Bade-Zusätze. Das staubfreie Höhenklima belebt den Blutlauf. Durchschnitts-Saison-Temperatur 1880 + 13,06 R. Ab Breslau 2 Stunden Eisenbahn, von Prag 9 Stunden, von Dresden 6 Stunden, von Berlin 8 Stunden. **Curort Obersalzbrunn im schlesischen Gebirge. Fürst von Pless'che Brunnen- und Bade-Inspection.**

Böhmens Schatz!

Püllnaer Natur-Bitterwasser.

Preisgekrönt

Philadelphia 1876, Paris 1878 und Sydney (Australien) 1879.

Seit hundert Jahren bewährt als das beste und mildeste Schutz- und Beseitigungsmittel gegen Krankheiten des Verdauungs-Apparates, Verstopfungen, Blutandrang zu den edlen Organen, Krankheiten der Leber und der Gallenblase, ferner gegen nervöse Störungen, Augenleiden, übermässige Beleibtheit u. s. w., heftigen Kopfschmerz und Schwindel, Athmungsbeschwerden und Unterleibsschmerz momentan ableitend. Getrunken: Früh oder Abends, kalt oder warm, allein oder vermischt mit Milch, Natur-Selters, warmem Trinkwasser, Früchtensäften. Keine Diät.

Die Gemeinde-Bitterwasser-Direction zu Püllna

Anton Ulbrich,

Ctrl.-Msk. 16743.] Sohn des Gründers. 131 (8)

MATTONI'S

GIESSHÜBLER

reinster alkalischer **Sauerbrunn.**

Bestes Tisch- und Erquickungs-Getränk.

Vorräthig in allen Apotheken und Mineralwasser-Handlungen.

40 (12) **Heinrich Mattoni, Karlsbad.**

Es werden verschiedene medicinische Bücher, chirurgische und Augeninstrumente verkauft.

62 (1) **Литейная, д. № 45, кв. № 33.**

Kaiserl. und königl. Allerh. Anerkennung.

Curort Gleichenberg

Goldene Medaille Paris 1878.

im Steiermark.

Eine Fahrstunde von d. Station Feldbach d. ung. Westbahn.

Beginn der Saison 1. Mai.

Beginn der Traubencur Anfangs September.

Alkalisch-muriatische und Eisensäuerlinge, Ziegenmolke, Milch, Fichtennadel- und Quellsoolzerstäubungs-Inhalationen, kohlensaure Bäder, Stahlbäder, Süsswasserbäder, Fichtennadelbäder, kaltes Vollbad mit Einrichtung zu Kaltwassercuren.

Johannisbrunnen

bei Gleichenberg

Vorzüglichstes und gesundestes Erfrischungsgetränk; sein grosser Gehalt an freier Kohlensäure, seine zur **Förderung der Verdauung** genügende Menge von doppelt kohlensaurem Natron und Kochsalz, sowie der Mangel an den Magen beschwerenden Kalkverbindungen machen den **Johannisbrunnen** ganz besonders **empfehlenswerth bei Magen- und Blasenleiden.** 48 (7)

Zu beziehen durch alle grösseren Mineralwasserhandlungen.

Anfragen und Bestellungen von Wagen, Wohnungen und Mineralwässern

bei der Brunnen-Direction in Gleichenberg

oder bei der von der Direction neu errichteten Niederlage in Wien I. Wallfischgasse № 8. Ctrl. Msk. 11239.

chez Mrs. Stoll & Schmidt, Société pharmaceutique commerciale russe, H. Klos & Co.

VICHY

Depot in Paris, 22, boulevard Montmartre.

PASTILLES DIGESTIVES, bereitet in Vichy ans dem Salze, welches aus besonderen Quellen gewonnen wird, von sehr angenehmem Geschmacke und sehr wirksam gegen Uebelkeiten und Verdauungsbeschwerden.

SELS DE VICHY POUR BAINS. Für Personen, welche verhindert sind, die Kur in Vichy selbst zu gebrauchen, genügt zu einem Bade von diesem Salze ein Päckchen auf eine Wanne.

Zur Vermeidung von Fälschungen verlange man auf allen Paketen die Marke

Der Compagnie.

En vente à St. Pétersbourg:

chez Mrs. Stoll & Schmidt, Société pharmaceutique commerciale russe, H. Klos & Co. 16 (9)

Bad Lippspringe.

Station Paderborn (Westf. Bahn) am Teutoburger Walde.

Stickstoffreiche Kalktherme (17° R.) mit Glaubersalz und Eisen, feuchtwarme beruhigende Luft, Bäder, Douchen, Inhalationen, dem bewährtesten Standpunkte der Wissenschaft entsprechend in neuen comfortablen Anlagen. Erfolgreiches Bad bei **chron. Lungensucht, pleuritischen Exsudaten, quälenden trockenen Katarrhen der Athmungsorgane, Congestionen dahin, nervösem Asthma, reizbarer Schwäche, Dyspepsie.** Frequenz 2500. Saison vom 15. Mai bis 15. September. Die Curhäuser in den prachtvollen Anlagen gewähren Comfort und vortreffliche Verpflegung. Orchester 18 Mann stark. Gut ausgestattetes Lesezimmer. — Den Wasserversandt bewirkt und Anfragen beantwortet 65 (2)

Die Brunnen-Administration.

Stotternde, welche andere Anstalten ohne Erfolg besuchten, finden Heilung in der Sprachheilanstalt von **Rudolf Denhardt in Burgsteinfurt,** (Genaue Adresse.) Prospecte mit amtlichen Attesten gratis. Heilverfahren mehrfach staatlich ausgezeichnet, **nicht** Tactmethode. 43 (2)

(Siehe Aufsatz in № 13 und 35 (pag. 580) der Gartenlaube, Jahrg. 1878 und № 5 Jahrg. 1879.) **Honorar nach der Heilung.**

CENTRAL-DEPOT von VERBAND-WAAREN

hiesiger und ausländischer Fabrikation

Alexander Wenzel, St. Petersburg,

Kasanskaja im Gebäude des Findelhauses № 3b, Magazin № 7.

Carbol-, Salicyl-, Thymol- und Jod-Watten und -Juten, Lister's antiseptischer Verband-Binden und -Schienen jeder Art, gebrannter Gyps und sämmtliches Zubehör für jeden Verband.

Assortimente von Verband-Waaren in Kasten mit Fächern für Eisenbahn-Stationen u. Züge, Fabriken, Feuerwehren etc. etc.

Ctrl. Msk. 5632/44] **von Rbl. 25 bis Rbl. 200.** 71 (1)

Das Saidschitzer Bitterwasser

als wahre und reinste Bittersalzquelle von keinem anderen sogenannten Bitterwasser übertroffen, ist ein mächtiges Arzneimittel in einer grossen, leider höchst traurig folgenreichen Reihe von Krankheiten — bei langwierigen **Hämorrhoidal-beschwerden, Hypochondrie und Hysterie, gichtischen Ablagerungen, Scropheln, Wurmkrankheiten etc.** — und hat den Vorzug, zufolge seiner keineswegs stürmischen Einwirkung, auch den zartesten Organismen die trefflichsten Dienste zu leisten.

M. F. L. Industrie-Direction in Bilin (Böhmen).

DEPOTS IN St. PETERSBURG: bei Stoll & Schmidt, Russ. pharm. Handelsgesellschaft, H. Klos & Co. und Rulcovius & Holm. Ctrl. Mrk. 12,232

PASTILLES DE BILIN

(Biliner Verdauungs-Zeltchen)

bewahren sich als *vorzügliches Mittel* bei *Sodbrennen, beschwerlicher Verdauung, Ueberladen des Magens mit Speisen und Getränken, Magenkatarrhen,* wirken überraschend in den *verschiedenen Krankheiten der Verdauung im kindlichen Organismus, bei beginnenden Drüsenanschwellungen, Scrophulose, der englischen Krankheit* und sind bei *Atonie des Magens und Darmkanals* eine wahre *Sacra Ancora* der gequälten Patienten.

DEPOTS IN St. PETERSBURG: bei Stoll & Schmidt, Russ. pharm. Handelsgesellschaft, H. Klos & Co und Rulcovius & Holm. Ctrl. Mrk. 12,233

F. M. L. Industrie-Direction in Bilin (Böhmen).

NATÜRLICHER BILINER SAUERBRUNNEN

als **der hervorragendste Repräsentant** der alkalischen Säuerlinge (in 10,000 Gewichtstheilen 33,6339 kohlensaures Natron) ersetzt uns die **Quellen von Vichy vollkommen** und dürfte sogar **unbestreitbare Vorzüge vor Vichy** voraus haben, weil er einen viel **höheren Gehalt an Kohlensäure** besitzt und auch eine **doppelte Verwendung** findet, indem man ihn in seiner ursprünglichen Temperatur sowohl, als auch bis zu verschiedenen Höhegraden erwärmt anwendet. Der Biliner Sauerbrunn zeichnet sich in der Wirkung als Säure bindendes, die Alkalescenz des Blutes erhöhendes Mittel aus, leistet daher bei **Sodbrennen, Magenkrampf, chronischem Magenkatarrh, bei sogenannter Harnsäure, Diathese, Gries, Sand, Nierensteinen, Gicht, chronischem Rheumatismus, chronischem Blasen- und Lungenkatarrh, bei Gallensteinbildung, Fettleber, sogenannten Schleimhämorrhoiden und Scrophulose die erspriesslichsten Dienste.** Als **diätetisches Getränk** gewinnt der Biliner Sauerbrunn ein immer grösseres Terrain und erfreut sich als **Erfrischungsgetränk** einer allgemeinen Beliebtheit.

Versendung in Glasflaschen mit 1200, 680, 350 Gramm Inhalt. 66 (5)

DEPOTS IN St. PETERSBURG: bei Stoll & Schmidt, Russ. pharm. Handelsgesellschaft, H. Klos & Co. und Rulcovius & Holm. Ctrl. Mrk. 12,244

Saison Mai-October. **CURORT ISCHL.** Bahnstation ISCHL.

Weltberühmt durch kräftige Gebirgsluft und mildes Klima, 500 Meter ü. d. M., geschützte Lage in Mitte der herrlichen Alpen und Seen des österr. Salzkammergutes.

Heilfactoren: Bäder mit Soole, Fichten- und Latschen-Extract, Ischeler Schwefelquelle, Schwefelschlamm, Moor, Eisen etc., russische und Soole-Dampfbäder, Flussbäder. **Inhalationen** von zerstäubter Soole, Sool-, Fichten- und Latschendämpfen, pneumatische Apparate in grossen (1880 neu erbauten) Inhalationssälen. **Trinkcur:** Kuh-, Schaf- und Ziegenmolke, Kräutersäfte, Alpenmilch, Ischler, Klebelsberg- und Maria-Louisen-Salzquelle; alle renommirten Mineralwässer des In- und Auslandes. **Schwimm- und Turnanstalt, hydropatische Heilanstalt.**

Heilanzeigen: Anomalien der Ernährung und Blutbereitung, Blutarmuth, Scrophulose, Rachitis, chronische Katarrhe der Luftwege, beginnende Tuberculose und Phtisis, Exsudate der Brust- und Bauchhöhle, Frauenkrankheiten, Reizbarkeit des Nervensystems (Hysterie etc.), Folgen von Sumpf-Fiebern (Malaria). Ctrl. Msk. 11413

Grosses Curhaus mit Tanz-, Concert-, Lese- und Spielsälen, Restauration, Café, Theater, Curmusik, gute Hotels, vollständig eingerichtete Villen und Privatwohnungen, zahlreiche schattige Promenaden u. herrliche Ausflüge.

Mit der Bahn 7 Stunden von Wien, 3 von Salzburg, 5 von Passau. 54 (2)

Gemeinde-Vorstand. Badeverwaltung. Curcommission.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 8 Мая 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh., Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 23½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

ST. PETERSBURGER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg,
Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 20. St. Petersburg, 16. (28.) Mai. 1881.

NACHRUF

an

Seine Kaiserliche Hoheit den Prinzen Peter Georgiewitsch von Oldenburg.

Am 8. Mai hat sich eine Gruft über den sterblichen Ueberresten eines Mannes geschlossen, der auch in einem medicinischen Fachblatt besprochen zu werden verdient.

Prinz Peter Georgiewitsch von Oldenburg ist im 69. Lebensjahre zu ewiger Ruhe eingegangen. Inmitten der Klosterumzäunung von Sergiewsk ruht Er neben zwei ihm vorausgegangenen Kindern und Seiner Gemahlin in einer Ecke des Mausoleums, das Er aus Glas und Eisen in Form eines tropischen Gewächshauses sich errichtet hat.

Was hat, wird man fragen, der leibliche Vetter des hochseligen Kaisers mit der Wissenschaft des Aeskulap und ihren Jüngern zu schaffen?

Freilich stand Er, nach dem Willen der verewigten Kaiserin Maria Feodorowna, in ihre Fussstapfen tretend, an der Spitze der Heilanstalten der allgemeinen Fürsorge und war, seit dem Jahre 1839 als Ehrenvormund der direkte Chef eines unserer grössten Hospitäler, des Marienhospitals. Er war es auch, welcher aus Eigenem Antriebe und mit Eigenen materiellen Opfern eine Zierde unserer Residenz in's Leben rief, das Kinderhospital, welches Seinen Namen führt. Das sind nur die officiellen Titel, welche dem Verblichenen einen Anspruch sichern auf ewiges Andenken und unaussprechliche Dankbarkeit Aller, welche sich interessiren für die öffentliche Gesundheitspflege unserer Residenz und selbst daran mitarbeiten.

Doch was wichtiger war und Ihn befähigte, die officielle Stellung, die Er einnahm, so ganz vollkommen auszufüllen, wie Er es that, das waren die Eigenschaften des Gemüths und Herzens, mit denen Er an dieser Stelle stand. Nur der Rock an dem Prinzen war militärisch, Seine Herzensneigungen gehörten ausschliesslich den schönsten Culturzweigen des Friedens — der Erziehung und Krankenpflege.

Nur ein Fachmann konnte so regen und herzlichen Antheil nehmen am Hospitalwesen, als der verewigte Prinz. Waren doch die Hospitäler die Lieblingsstätten, welche Er jedes Mal aufsuchte, wenn Er, wie regelmässig jeden Sommer, die Residenzen Europa's besuchte. Die Hospitäler in ihren Details waren Sein Lieblingsstudium, Er kannte sie so genau, wie wenige Aerzte sie kennen, die Directoren der grossen Krankenhäuser von Berlin, Wien und Paris waren ihm bekannte Persönlichkeiten, nie fuhr Er durch Berlin, ohne der Charité und ihrem verstorbenen Director Esse, den er besonderer Huld, ja Freundschaft würdigte, einen Besuch abgestattet zu haben. Heimkehrend brachte Er gewöhnlich etwas mit, das Er zweckmässig befunden hatte, auf unsere Hospitäler überpflanzt zu werden. Eine Collection von Tragbahren und Krankensesseln, welche das Marienhospital und die Gebäranstallt seiner Munificenz verdanken, sowie manches chirurgische Instrument im Armamentarium des Marienhospitals zeugen davon. Es lag überhaupt in der Natur der Sache, dass das rege Interesse, welches der Prinz den ausländischen Hospitaleinrichtungen entgegentrug, nicht ohne wohlthätige Wechselwirkung auf die einheimischen blieb, bei der hohen Stellung, welche Er zu denselben einnahm.

Der verewigte Prinz liebte die ärztliche Wissenschaft und den ärztlichen Stand.

Bei der klassischen Bildung, welche Er im Hause Seines Stiefvaters, des weiland Königs von Würtemberg genossen hatte, war ihm die lateinische nosologische Nomenclatur nicht nur geläufig, Er wusste nicht nur, auf welches kranke Organ der Krankheitsname zu beziehen sei, er hatte auch Kenntniss von dem Wesen des Krankheitsprocesses und wo er sie nicht hatte, da war es Ihm eine Freude darnach zu fragen und Sich zu belehren. Als vor ein Paar Jahrzehnten

Virchow's Embolie sich zu einer nosologischen Einheit verkörpert hatte, ruhte Er nicht, bis es Ihm durch wiederholte Fragen gelungen war, sich den neuen Begriff zu differenziren und anzueignen. Die operative Chirurgie war das Feld, dem Er vorwiegendes Interesse entgegentrug, obgleich Er eine heilige Scheu hatte vor den „cultri mortiferi“, wie Er sie scherzweise nannte. Mit einigen der neuesten grossen Operationen konnte er jedoch sich nimmer befreunden, vor Ovariotomieen, Nephrotomieen und Uterusexstirpationen schauerte Ihm.

Er liebte den ärztlichen Stand, wie selten Einer auf so hoher Stufe.

Wenige unserer Standesgenossen giebt es in der grossen Residenz, die nicht ein Mal seine Leutseligkeit erfahren haben. Auf den grossen gesellschaftlichen Versammlungen, die Er allwinterlich gab zur Erheiterung der Jugend der Lehranstalten, die Er väterlich liebte, war stets unser Stand gewürdigt, durch zahlreiche Repräsentanten vertreten zu sein. Wie liebte er es, sich unter diese «Congregatio mortifera» zu mischen, an jeden ein freundliches Wort zu richten, beim Klange der Tanzmusik selbst Hospital- und wissenschaftliche Fragen zu besprechen. An der Seite der Glieder des diplomatischen Corps und der höchsten Würdenträger hatten auch unsere Collegen die Ehre zu Seiner Tafel befohlen zu werden. Mit Wenigen conversirte Er so gern, als mit Aerzten. Bei den courartigen Annahmen, zu denen allwöchentlich am Donnerstage, Hoch wie Niedrig, in Dienst- wie Privat-Angelegenheiten, Zutritt hatte, erregte es bekannterweise allgemeines Murren, dass Aerzte gewöhnlich vor vielen Anderen Eintritt hatten und die Conversation mit ihnen länger, als mit Andern dauerte.

Er liebte väterlich die Kranken.

Selten ging ein Tag vorüber, ohne dass Er das Ihm am nächsten stehende Marienhospital oder ein anderes besucht hätte. Als Er noch einer ungetrübten Gesundheit sich erfreute, widmete Er Stunden dem Besuche eines Hospitals, ermüdete Er nicht in allen Räumen es zu besichtigen, ja machte Er oft unerwartete, nächtliche Besuche. Stets hatte Er Worte des Trostes, Fragen der Theilnahme für die Leidenden, auch an Gaben der Unterstützung aus Eigener Tasche, Erfrischungen und Stärkungen aus Seiner Küche und Keller liess Er es nicht ermangeln. Die Operirten waren vorzugsweise und allezeit Gegenstand Seiner freundlichsten Vorsorge und väterlichen Aufmerksamkeit. Nicht Affectation war bei Ihm die Theilnahme für die Kranken, sie war Ihm natürliche Herzenssache, Lebensbedürfniss. Unter dem chronischen Uebel unserer Residenz, dem ewigen Missverhältnisse zwischen Krankenplätzen und Nachfrage nach ihnen, litt Sein menschenfreundliches Herz eben so grausam, als das des unmittelbar dabei betheiligten Hospitalarztes. Mit der Ihm eigenen Hast drang Er oft aus höchsteigenem Antriebe auf Eröffnung von Extraabtheilungen bei den Hospitälern, wenn Er im Beginne des Winters aus den täglichen Hospitalberichten ein Steigen der Krankenabweisungen ersah. Als Er am 1. Dec. des vergangenen Jahres Sein 50jähriges Dienstjubiläum feierte, verlangte Er zur würdigen Feier desselben, dass während 3 Tage kein Kranker im Marienhospital abgewiesen werde. Es mussten in aller Eile 100 Plätze in einem Sommerhause eröffnet werden, um Seinem, so schön Ihn charakterisirenden Verlangen Genüge leisten zu können.

Das war der Mann, den wir verloren haben. Es ist ein unersetzlicher Verlust, der unser Hospitalwesen, unsere Kranken, unsere Wissenschaft, unsern Stand durch den Tod des Prinzen Peter von Oldenburg getroffen hat. Es umrahme sich unser Fachblatt mit der Farbe der Trauer, es lege Herzenstrauer für Ihn an Jeder, dem Hospital und Kranke theuer sind, es weihe ihm Zähren der Trübniss und dankbarster Erinnerung Jeder, der das Glück gehabt hat, Ihn zu kennen und Ihm näher zu stehen.

Ein Prinz Peter von Oldenburg ersteht uns nicht mehr.

Die Wirkung der Arensburger Schlammbäder auf Periostitis und deren Folgen.

Von

Dr. M. von Harten.

Jedes Jahr hat in die hiesigen Schlammbäder einzelne Fälle von Abscessbildung, Knochennekrose und Exsudaten in Folge von Periostitis gebracht, die fast ohne Ausnahme günstige Heilerfolge aufzuweisen gehabt haben.

Im Sommer 1880 sind unter den 326 Kranken, die unter meiner Behandlung das Bad gebraucht haben — 22 Fälle vorgekommen, wo sich Abscesse gebildet hatten: auf der Brust, von den Rippen her; auf dem Rücken von den Wirbeln; von den Beckenknochen aus; an den Oberschenkeln, Unterschenkeln, Mittelfussknochen, Oberarm, Unterarm und Knochen der Hand. In diesen Fällen sind die Gelenke, wenn sich die Abscesse in der Nähe derselben befanden, nicht afficirt gewesen.

Bei Gelenkentzündungen wirken die Bäder ebenfalls günstig, vorzugsweise durch Resorption der Exsudate.

Der Schlamm ist in allen diesen Fällen nicht allein im Bade zur Anwendung gekommen, sondern auch als Kataplasma gebraucht worden. Meist sind diese Abscesse auf dyscrasischem Boden ohne nachweisbare Ursache entstanden, haben Monate, Jahre lang gedauert, sind Operationen und der üblichen Behandlung unterworfen gewesen.

Bei der Behandlung mit Arensburger Schlamm in Bädern und Kataplasmen heilen derartige Abscesse, selbst solche für die eine Operation in Aussicht genommen war, oft durch eine einmalige Badekur vollständig. Tiefere Erkrankungen der Knochen erfordern eine mehrjährige Badekur.

Wie der ganze Heilungsprocess abgekürzt wird, möchte ich an folgendem Fall erläutern:

Hr. Sch. aus Riga hatte im Jahre 1879 nach einem Sturz vom Pferde — Schmerzen in der rechten Hüfte, ein Spannen im Unterleibe, gestörte Verdauung, Schmerzen und Schwere im rechten Oberschenkel. Nach einem halben Jahre öffnet sich ein Abscess in der oberen Leistengegend. Die Diagnose war ein Abscess von der inneren Wand der Beckenknochen. Derselbe Process wiederholt sich noch

einmal. Im Jahre 1880 kam Hr. Sch. nach Arensburg. Der allgemeine Zustand ist etwas gebessert, die Abscesse völlig verheilt. Nach den ersten Bädern verschlimmert sich der Zustand. Es scheint sich eine neue Abscessbildung vorzubereiten. Mit dem 15. Bade öffnet sich der Abscess, in der Woche darauf zum 2. Male. Die Bäder werden fortgesetzt. Gegen Ende der Badezeit konnten längere Spaziergänge ohne Mühe gemacht werden. In diesem Falle hatte ich Kataplasmen von Schlamm während des Bades angewendet, die wärmer waren als das Bad.

Es folgen noch einige kurze Krankheitsberichte vom Sommer 1880.

1) S. v. G., 15 J., das dritte Mal hier die Schlammbäder brauchend. Auf der rechten Seite der Brust die Mündung eines fast völlig verheilten Fistelganges, in dem vor 3 Jahren eine Drainröhre von über 1 Zoll Platz hatte. Um diesen Fistelgang waren damals noch 4 andere, von der 2. und 3. Rippe ausgehend. Die Umgebung war damals stark angeschwollen und schmerzhaft; das Gesicht schwammig, die Körpermusculatur schlaff, der Geist nach Aussage des ihn begleitenden Lehrers träge. Schon nach der ersten Badekur war der Knabe wesentlich frischer. Das Schlaffe des Körpers machte einem gesunden frischen Wesen Platz. Die Abscesse verheilten.

2. N. v. Oe. 5 J., aus Petersburg, Abscess am Oberschenkel. Operation im Frühling 1880 gemacht. Drainrohr bis auf den Knochen. Im August 1880 vollständig verheilt.

3. P. Ch. 6 J., aus Nishni-Nowgorod. Die rechte Tibia krank. Eine Consultation in Moskau dringt auf Operation. Gegen Ende der Badezeit der Abscess völlig geheilt.

4. S. Kr. 10 J. Ein für ihr Alter grosses und kräftiges Mädchen. Auf der Stirne von den Haarwurzeln bis zu den Augenbrauen über dem linken Auge eine stark eiternde, tiefe, kreisrunde Wunde von ca. 2 Zoll Durchmesser. Ebenso am linken Unterarm eine Wunde von 5 Zoll Länge und 1½ bis 2 Zoll Breite. An einer Stelle liegt der Knochen blos. Keine nachweisbare Ursache für das Entstehen dieser Wunden. Ohne Erfolg Bäder und Medicamente gebraucht. Gegen Ende der Badezeit wesentliche Besserung. Im Herbst verheilt die Wunde an der Stirne bei zu Hause, in Witebsk, fortgesetzten Kataplasmen von Schlamm, der von hier mitgenommen wurde. Im Februar dieses Jahres meldet mir ein Brief ist auch die Wunde am Arm verheilt.

5. Baron V. 13 J. Auf der Tibia beiderseits eine Exsudatbildung von der Grösse eines halben Hühnereies, fest auf dem Knochen aufliegend. Keine Röthe, kein Schmerz. Nach Bädern und Kataplasmen wesentliche Abnahme des Exsudats.

6. Obristin M. 18 J. Auf der rechten Tibia ein gleiches Exsudat wie im vorigen Fall. Im Herbst 1879 am rechten Oberschenkel die Operation eines Abscesses gemacht. Glücklich verheilt. Nur Kataplasmen gemacht wegen Gravidität. Abnahme der Anschwellung.

Ich habe diese Wirkung der Arensburger Schlammbäder in einer Broschüre vom Jahre 1872 nicht angegeben, und hoffe, dass die wenigen hier kurz angeführten Fälle genügen. Die übrigen im vorigen und in früheren Jahren behandelten Fälle ähneln den hier angeführten.

Ueber die Wirkungen des Pilocarpin bei Diphtheritis.

Von

Dr. Karl Dehio,

(Fortsetzung).

Aehnlicher Fälle könnte ich noch mehrere anführen, doch glaube ich, dass die vorliegenden genügen, um die erzielten Pilocarpinwirkungen zu illustriren. Sobald es gelungen war, anhaltende Salivation und Diaphorese zu erzielen, trat stets in relativ kurzer Zeit ein deutlicher Umschwung zum Bessern ein. Die Röthung und entzündliche Schwellung der Rachenschleimhaut liess nach, die Tonsillen schwollen ab, der Foetor ex ore erlosch, die Schmerzen beim Schlucken verschwanden und die fibrinösen Exsudate verloren die Tendenz sich zu vergrössern und weiter auszudehnen. Gleichzeitig fiel das Fieber ab, wo solches vorhanden war und nicht durch Lymphadeniten oder sonstige Complicationen noch weiter unterhalten wurde, und die allgemeine Prostration der Kräfte machte einem unverkennbaren Wohlbefinden Platz. Dieser Erfolg trat in meinen Fällen 2 Mal nach 60 Stunden, 5 Mal nach 48 Stunden, 1 Mal nach 40 Stunden, 1 Mal nach 36 Stunden, 3 Mal nach 24 Stunden und 2 Mal schon nach 12 Stunden, vom Beginn der Pilocarpinbehandlung gerechnet, ein. Damit hatte der Krankheitsprocess seine Acuität verloren, und es begannen die reactiven und reparativen Vorgänge. In den Fällen, wo die diphtheritischen Exsudate tief in's Parenchym hineingriffen und das fibrinöse Infiltrat allmählich mit verwaschener Grenze in das umgebende, entzündlich geröthete Gewebe überging, bildete sich rasch ein Demarkationsprocess; die Ränder der Exsudatmassen grenzten sich scharf vom nicht infiltrirten Gewebe ab, und wo sie sehr dick und voluminös waren, sah man oft einen kleinen Demarkationsgraben rund herum entstehen, durch welchen die abgestorbenen, fibrinös infiltrirten Partien von der lebenden Unterlage abgehoben wurden. Waren die Exsudate nicht tiefgreifend, sondern mehr flächenhaft ausgebreitet, so war dieser Demarkationsprocess weniger deutlich, dagegen konnte man in solchen Fällen ein rasches Dünnerwerden der Auflagerungen beobachten und es machte den Eindruck, als wenn die oberflächlichen Lagen derselben durch den massenhaft im Rachen sich ansammelnden Speichel aufgeweicht und abgewaschen wurden, während von unten her neue fibrinöse Ausschwitzungen nicht mehr stattfanden.

Die darunterliegenden lebenden Gewebsschichten begannen daher sehr bald durch die Auflagerungen als röthliche, zerstreute Flecke hindurch zu schimmern und gleichzeitig fingen die Exsudate an sich auch von den Rändern her zu verkleinern, welche einen feinen rothen Reactionssaum zeigten. Grösstentheils habe ich die Pilocarpinbehandlung nicht bis zur vollständigen Reinigung des Rachens fortgesetzt, sondern mich mit der Erreichung dieser sichtlichen Besserung begnügt und weiterhin nur auf Reinhaltung und Ausspülung des Rachens gesehen. Die Reste der fibrinösen Exsudate verhielten sich dann wie indifferente, nekrotische Schorfe, die manchmal noch recht fest der blassen Schleimhaut aufsassen, aber keinerlei Beschwerden verursachten. Ihre vollständige Abstossung und Fortspülung dauerte 1 Mal 15 Tage, 1 Mal 12 Tage, 1 Mal 8 Tage, 2 Mal 7 Tage, 2 Mal 6 Tage, 3 Mal 5 Tage

1 Mal 4 Tage, 1 Mal 3 Tage und 2 Mal 2 Tage vom Beginn der Pilocarpinbehandlung an gerechnet. In den wenigen Fällen, wo ich das Piloc. bis zur völligen Reinigung des Rachens fortbrauchen liess, hatte dasselbe auf die Raschheit des schliesslichen Schwundes der Exsudate keinen deutlichen Einfluss, was wohl damit zusammenhängen mag, dass bei längerem Gebrauch auch die schweiss- und speicheltreibende Wirkung des Piloc. fast ganz aufhört.

Der auffallendste, und therapeutisch wichtigste Effect des Piloc. besteht somit in der *raschen Coupirung des vorwärts schreitenden Krankheitsprocesses* und in der Verhinderung einer unheilvollen Ausbreitung desselben. Ein Uebergreifen der Krankheit auf die tieferen Theile des Larynx und den Bronchialraum habe ich bei Pilocarpingebrauch kein Mal beobachtet.

Bei 16 meiner mit Piloc. behandelten Patienten habe ich das Verhalten des Harnes in Bezug auf Eiweissgehalt regelmässig geprüft: 4 von ihnen (ein schwerer und 3 leichte Fälle) hatten überhaupt kein Eiweiss im Harn, bei den 12 übrigen war Albuminurie in höherem oder geringerem Grade vorhanden. In diesen letzteren Fällen schwand die Albuminurie 4 Mal schon während des Pilocarpingebrauches, 1 Mal erst 3 Tage später, nachdem sie während desselben rasch und bedeutend abgenommen hatte, und in den übrigen 7 Fällen überdauerte sie denselben anscheinend unbeeinflusst durch das Mittel 4 bis 10, und ein Mal sogar 19 Tage, bei sonstigem Wohlbefinden der Patienten.

An dieser Stelle sei noch darauf aufmerksam gemacht, dass die verschiedenen käuflichen Pilocarpinpräparate nicht alle eine gleich starke Wirksamkeit zu besitzen scheinen wie mich die folgende Erfahrung gelehrt hat. Nachdem ich längere Zeit das Merk'sche Piloc. mit stets gleichem, zuverlässigem Erfolge gebraucht hatte, war eines Tages ein Piloc. mur. von Tromsdorff, über dessen Alter und Herkunft ich keine nähere Auskunft geben kann, aus unserer Apotheke verabfolgt worden. Zu meinem Erstaunen blieb bei den fünf Patienten, welche dasselbe einnahmen, jegliche Pilocarpinwirkung aus. Sie hatten weder Schweisse noch Salivation und bei 2 Patienten, deren Rachendiphtherie sich schon bedeutend gebessert hatte, trat unter plötzlichem Fieber eine rasche Verschlimmerung der Localaffection ein. Als Tags darauf wieder das Merk'sche Piloc. gegeben wurde, besserten sie sich wieder rasch, und alle Kranken schwitzten und salivirten wie gewöhnlich.

Eine der betreffenden Krankengeschichten möge hier ihren Platz finden, da sie die verschiedene Wirksamkeit der beiden Pilocarpinpräparate sehr deutlich erkennen lässt.

V. N. N. 7-jähriger ziemlich schwächlicher Knabe. Aufgenommen am 26. Dec., am 2. Krankheitstage. Geringes Fieber (38,4). Beide Mandeln mässig geschwollen, auf der linken ein fingernagelgrosser, dicker, fibrinöser Belag, starke Halsschmerzen. Trotz dreimaligen Erbrechens bekommt derselbe von 12 Uhr Mittags bis 3 Uhr Nachts *6 Gaben von 0,004 Piloc.* Schon nach der ersten Dosis beginnt Schweiss und starke Salivation, welche bis Mitternacht anhält. Abends Temp.: 38,0.

27. Dec.: Temp. 37,5, 37,5. 37,5, 37,4, 37,1, 37,0.

Die Mandeln bedeutend abgeschwollen und die diphtheritische Auflagerung um die Hälfte kleiner als gestern. Kein Fieber.

Von 7 Uhr Abends bis 11 Uhr Abends 3 Dosen von 0,004 Piloc. Darauf starker Schweiss, Salivation und Erbrechen.

28. Dec.: Temp. 37,2, 37,5, 38,2, 37,8, 38,6, 39,0.

Von heute Morgen ab erhält Pat. *2-stündl. 0,004 Tromsdorff'sches Piloc.* Kein Schweiss, keine Salivation. Gegen Abend beginnt stärkeres Fieber, die Mandeln schwellen plötzlich an, links vergrössert sich die diphtheritische Auflagerung, rechts erscheint gleichfalls ein leichter, fibrinöser Anflug.

29. Dec.: Temp. 39,0, 39,2, 38,7, 39,4, 39,8, 39,0.

Bis heute Morgen um 10 Uhr ist fortwährend das Tromsdorff'sche Piloc. gebraucht worden. Fortwährendes hohes Fieber, Haut trocken, keine Salivation. Die Mandeln haben das Dreifache ihrer früheren Grösse erreicht, sind beiderseits von oben bis unten mit dicken, weissgrauen Belegen überzogen. Starke Schwellung der submaxillaren Lymphdrüsen. — Gegen Abend steigt das Fieber noch höher, die Mandeln sind so stark geschwollen, dass sie sich in der Mittellinie berühren, das Schlucken wegen starker Schmerzen unmöglich. *Vom Abend um 10 Uhr an stündlich 0,002 des Merk'schen Piloc.* Dasselbe wird die ganze Nacht und den folgenden Tag hindurch bis zum Abend des 30. Dec. genommen und gut vertragen.

30. Dec.: Temp. 38,5, 37,6, 37,9, 38,0, 38,1, 38,1.

Pat. hat die ganze Nacht stark geschwitzt und salivirt, und mässiges Nasenbluten gehabt. Heute Morgen ist die Temperatur gesunken, Pat. munter, kann wieder schlucken. Der Rachen kaum wieder zu erkennen, mässig geröthet, die Mandeln um die Hälfte abgeschwollen, die Exsudate auf denselben haben sich nicht mehr vergrössert. Keine Uebelkeit, kein Erbrechen. *Fortdauernder Pilocarpingebrauch.*

31. Dec.: Temp. 37,8, 38,0, 38,0, 38,0, 37,7, 38,1.

Allgemeinbefinden gut; bis zum Abend *fortdauernder Pilocarpingebrauch.*

Die folgenden Tage bis zum 4. Jan. bekam Pat. anhaltend 0,004 Piloc. zweistündlich. Am 1. Jan. ist die Schwellung der Tonsillen ganz geschwunden und die diphtheritischen Exsudate haben sich bedeutend verkleinert. Dennoch halten subfebrile Temperaturen an und die lymphadenitische Schwellung nimmt zu. — Trotz anhaltenden Piloc.-Gebrauches sind am 3. und 4. Jan. Schweiss und Salivation nur noch sehr gering, und der Rachen reinigt sich langsam. Die letzten Reste der Exsudate sind erst am 7. Jan. geschwunden. Die Lymphadenitis colli machte die Onkotomie nöthig und verzögerte die Heilung bis zum 27. Jan.

Von den neun Fällen gleichzeitiger Diphtherie des Rachens und des Larynx, welche ich mit Piloc. behandelt habe, sind fünf letal verlaufen und vier genesen. In den letalen Fällen wurde die Tracheotomie 1 Mal 4 Stunden, 1 Mal 7 Std. und 1 Mal 9 Std. nach der Aufnahme ins Hospital wegen beginnender Asphyxie ausgeführt. Der Tod erfolgte hier 18, 12 und 15 Stunden nach der Operation unter asphyctischen Erscheinungen in Folge von fibrinöser Bronchitis; es konnte also wegen Kürze der Zeit eine Pilocarpinwirkung kaum erwartet werden. Im 4. Fall wurde 24 Stunden lang Piloc. verabreicht, worauf ich gleichfalls wegen stärker werdender Larynxstenose und beginnender Asphyxie die Tracheotomie habe machen müssen. 12 Stunden darauf erfolgte der Tod an fibrinöser Bronchitis unter den Erscheinungen langsam eintretender Asphyxie. Der 5. Patient kam mit recht hochgradiger Mandeldiphtherie und beginnender Larynxstenose in's Hospital. Zwei Tage lang bekam er Piloc., wobei unter starkem Schweiss und Salivation der Rachen sich reinigte. Zugleich jedoch nahm die Larynxstenose zu und machte 48 Stunden nach der Aufnahme ins Hospital die Tracheotomie nothwendig. Piloc. noch einen Tag lang fortgesetzt. 3 Tage nach der Operation Tod unter den Erscheinungen langsamer Erstickung. Die Section ergab fibrinöse Laryngo-Tracheitis und Bronchitis und katarrhalisch-pneumonische Herde in den abhängigen Partien der Lungen. — Hier hatte also das Piloc. das Weiterschreiten des Krankheitsprocesses auf die tieferen Luftwege offenbar nicht verhindert, obgleich es eine rasche Reinigung des Rachens zur Folge hatte.

Unter den in Genesung ausgelaufenen Fällen handelte es sich einmal um hochgradige Rachendiphtherie mit starker Larynxstenose. Bei Pilocarpingebrauch schwand die Stenose in 4 Tagen, während der Rachen sich im Laufe einer Woche reinigte. Die Heiserkeit hielt noch 2 Wochen weiter an.

Im 2. Fall war die Rachendiphtherie nur gering, während der Larynx, wie die laryngoskopische Untersuchung ergab, von oben bis unten mit einer gleichmässigen, dicken Exsudatlage ausgekleidet war. Der Rachen reinigte sich unter

Pilocarpingebrauch in 3 Tagen, während die Stenose, welche recht hochgradig war, erst am 4. Tage allmählich nachzulassen begann, in geringerem Grade aber 10 Tage anhielt.

Im 3. Fall handelte es sich um eine mittelschwere Diphtherie der Mandeln und eine (laryngoskopisch constatirte) gleichmässige Auskleidung des ganzen Larynxinnern mit einer dicken fibrinösen Pseudomembran. Unter Pilocarpingebrauch war der Rachen und das Vestibulum laryngis in 3 Tagen rein, während auf den Seitenflächen der Stimmbänder die Belege 6 Tage lang hafteten.

Im 4. Fall waren im Rachen blos zwei kaum linsengrosse weisse, dünne Auflagerungen vorhanden. Der obere Theil des Larynx nur stark geröthet; von den Stimmbändern an ein fibrinöser Belag, welcher die Regio subchordalis auskleidete und sich in die Trachea hinab zog. Mässige Larynxstenose. Der Rachen war in 2 Tagen rein, die Belege im Larynx hielten sich 5 Tage.

Endlich habe ich noch bei einem 9 jährigen Knaben eine fibrinöse Laryngitis ohne gleichzeitige Rachenerkrankung mit Piloc. behandelt. Laryngoskopisch sah man die Regio interarytaenoidea und die wahren Stimmbänder mit einer dicken, weissen Auflagerung bedeckt, welche sich in die Reg. subchordalis und die Trachea hinab erstreckte. Leichte Albuminurie. Stündl. 0,004 Piloc. zwei Tage lang ohne Unterbrechung verabreicht. Dabei wuchs die Stenose und machte 2 Tage nach der Aufnahme die Tracheotomie nöthig. Nach derselben Piloc. nicht weiter verabfolgt. 3 Tage nach der Operation hustete Pat. einen 4 Cm. langen fibrinösen Abguss der Trachea aus. 10 Tage nach der Operation hatten sich die Stimmbänder gereinigt und waren nur noch stark geröthet und geschwellt. 4 Tage später wurde die Canüle entfernt, 10 Tage später Pat. gesund entlassen.

(Schluss folgt).

Correspondenz aus Wien.

Ueber Magenresectionen an Prof. Billroth's Klinik.

Von

Dr. Gelström.

Zur Vervollständigung der von mir in dieser Wochenschrift kürzlich über Magenresection publicirten Skizze, dürfte ein Referat aus der eben erschienenen Broschüre Dr. Anton Wölfler's, betitelt: «Ueber die von Herrn Prof. Billroth ausgeführten Resectionen des carcinomatösen Pylorus» nicht überflüssig sein. Hierdurch würde durch ausführlichere Auseinandersetzung des Operationsverfahrens, als in der Skizze geschehen, sowohl ein besseres Verständniss der Einzelheiten bei dieser Operation gegeben werden, als auch auf diese Weise in genügend praktisch verwerthbarer Ausführlichkeit, die Kenntniss dieser neuen Schöpfung der operativen Chirurgie, leichter Verbreitung fände, da die Broschüre selbst in nur beschränkter Anzahl von Exemplaren erschienen. Dem Plane obgedachter Schrift folgend, werde ich im Weiteren nur kurz berühren — Geschichte und Beschreibung der Krankheitsfälle, — dafür aber etwas ausführlicher sein in Betreff der Vorbereitung und Technik der Operation.

Zur Geschichte der Magenresection.

Durch Bemühungen und unerschrockenes Vorgehen Langenbeck's, Billroth's, Volkmann's, Gussenbauer's etc. hatte sich als Satz im letzten Decennium ergeben, dass Resectionen am Darmtractus, an verschiedenen Theilen (Oesophagus, Dünn- und Dickdarm, Rectum) wegen Carcinom ausgeführt, verhältnissmässig günstige Resultate liefern, sowohl was Lebensgefahr, als auch Recidivität betrifft. Nachdem dazu bei Gelegenheit von Gastrorrhaphie wegen Schliessung von Magenfisteln (Billroth, Esmarch) sich gezeigt, dass Nähte an diesem Organ per primam verlöthen können, ohne irgendwie im Heilungsprocesse durch Magensaft behelligt zu werden, so gab es von einer gelungenen ausgiebigen Resection an der Flexura sigmoid. (Gussenbauer, Martini), am Colon transvers. und der Flexura an derselben Kranken (Czerny), bis zur Resection am Magen nur einen Schritt. Diesen that nun Prof. Billroth, indem er am 29. Januar 1881 an Therese Heller den carcinomatös entarteten Antheil ihres Magens mit Erfolg entfernte. Ihm waren in diesem Unternehmen Peau 1879 und Pydygier (Culm) 1880 mit unglücklichem Resultate und nicht bekanntgegebener Operationsmethode vorausgegangen.

Vorbereitung zur Operation.

Selbstredend wird der Operation eine allseitige klinische Analyse des Krankheitsfalles vorauszugehen haben, wobei in erster Reihe die Ausbreitung des Krebses am Magen und Duodenum und seine Adhäsionen mit den Nachbarorganen, Leber, Colon transv., Bauchdecken etc. zu berücksichtigen sein würden. Zur leichteren Feststellung dieser Verhältnisse ist eine Untersuchung sub Chloroform sehr empfehlenswerth, und dürfte unter Narkose der Pyloruskrebs vielleicht schon in seinen Anfängen entdeckt werden. Ueber Beurtheilung der Frage nach Ausbreitung und Verwachsung des etwa vorhandenen Carcinoms, ist von erheblicher Wichtigkeit, die grössere oder geringere Dilatation des Magens zu bestimmen. Kohlensäure bildende Mittel werden über die Grenzen des Magens leicht Aufklärung schaffen. Eine erhebliche Dilatation würde die Prognose schlechter machen, wie das der zweite, von Prof. Billroth operirte Fall dargethan. Der grosse, schlaffe Sack konnte seinen Inhalt nicht weiter befördern, und die ohnehin schwache Patientin starb an Inanition. Wie der resecirte Magen die Function des Pylorus übernimmt, lässt sich zur Stunde nicht sagen; doch dürfte eine kräftige Muskulatur vorhanden sein müssen, um das Weiterschaffen der Speisen aus dem Magen zu befördern und das Regurgitiren vom Darme her zu verhindern.

Sollten alle diagnostischen Hilfsmittel die Verhältnisse des Krebses zu den Nachbarorganen nicht genügend klar legen, so bleibt zum Schluss noch die Explorativ-Incision übrig, ein einfacher und bei modernem antiseptischem Vorgange meist ungefährlicher Behelf.

Durch einige Tage vor der Operation und schliesslich nochmals 2 Stunden vor derselben, wird der Magen stündlich mit lauwarmem Wasser ausgewaschen und Pat., nach vorausgegangener Entleerung des Dickdarms, in Flanell gekleidet, in einem Zimmer mit 20° C. zur Operation gebettet.

Technik der Operation.

I. *Berücksichtigung aller antiseptischen Cautelen*, wie solche überhaupt bei Laparotomie in Anwendung kommen.

II. *Der Schnitt durch die Bauchdecken wird dort geführt, wo die Geschwulst liegt und zwar quer.* Ein über der Geschwulst selbst gemachter Schnitt gewährt den Vortheil vor dem in der Linea alba, dass sich 1. der kranke Theil des Magens sofort präsentirt und Alles, was rechts wie links davon, gleichgut zu übersehen ist; 2. sich hierdurch viel leichter der Prolapsus der Intestina vermeiden lässt; und 3., dass bei einer etwaigen Verwachsung des Carcinoms mit dem Peritonäum, vom Schnitte aus sogleich adhärente Partien der Bauchdecken und des Peritonäums, wenn nöthig, im ganzen Umfange bequem excidirt werden können (2. Fall der Magenresection). Nach sorgfältiger Blutstillung der Bauchwunde, wird die Peritonäalhöhle eröffnet. Man überzeugt sich nun über die Ausbreitung und etwaige Verwachsungen des Carcinoms. Wäre dasselbe mit dem Pankreas verwachsen, so würde Prof. Billroth rathen, bei dem jetzigen Stande der Pylorusresection von jedem weiteren Eingriffe abzustehen und es bei der diagnostischen Incision zu belassen, und zwar aus zweierlei Gründen: 1) entstehen an einer, dem Pankreas verwandten Drüse, in der *Parotis*, nach Abbindungen nicht selten enorme Anschwellungen und viele kleine Abscesse, die gewöhnlich zur Sequestration von Drüsenpartien führen, und 2) ist zu befürchten, dass der aus dem angeschnittenen Pankreas ausfliessende Saft wegen seiner peptonisirenden Wirkung die Magenwunde auflöst[1]). Ebenso müsste von der Operation abgestanden werden, sollte das Carcinom am Duodenum sich bis zum Duct. choled. hinziehen.

III. Nach vollendeter Orientirung in dem Sachverhalte, wird der Magen gegen die Wundspalte hervorgezogen, und zur *Isolirung des zu excidirenden Pylorus und des angrenzenden Magen- und Duodenaltheils geschritten.* Dies geschieht, indem mit einer anatomischen Pincette zunächst am Omentum majus stumpf zwischen die Blätter desselben eingegangen und in kleinen Partien dasselbe zwischen 2 Klemmzangen gefasst wird; die Klemmzangen bilden günstige Schnürfurchen für die Anlegung der Ligaturen. An der Stelle, wo die Klemmzangen das Gewebe zusammengefasst haben, werden Seidenligaturen angelegt; es ist am besten, nicht blos an die central gegen das Colon gelegene Partie, sondern auch an die peripher gegen den zu excidirenden Theil der grossen Curvatur gelegene Partie des Netzes Ligaturen anzulegen, weil man sonst durch die anhängenden Klemmzangen in der Operation belästigt sein würde. In der Mitte zwischen den beiden Ligaturen wird das Gewebe durchschnitten, oder — was zweckmässiger erscheint, — mit dem Thermocauter durchtrennt. In gleicher Weise wird das kleine Netz abgetrennt in der Ausdehnung des zu resecirenden Magenstückes. Stösst man bei dieser Ablösung auf grössere Lymphdrüsen, so sind dieselben jedes Mal mit zu entfernen. Während der ganzen Operation müssen Servietten, welche 14 Tage lang in 5% Carbolsäure-

[1]) Soeben hat Prof. Billroth in einem neuen Falle von Magenresection von dieser selbstgegebenen Warnung Abstand genommen. Näheres am Schlusse. Ref.

lösung desinficirt und vor der Operation in warmes Wasser oder warme Thymollösung gelegt werden, den später zu reponirenden Magentheil bedecken.

Ist die Isolirung des zu resecirenden Theiles vollständig gelungen, wird unter denselben ein flacher, tellergrosser, wohl desinficirter Schwamm oder eine desinficirte Serviette geschoben, so dass alle ferneren Manipulationen mit Ruhe und Sorgfalt ausgeführt werden können. Serviette oder Schwamm bietet gleichzeitig ausreichenden Schutz, falls beim Einschneiden des Magens sich noch Inhalt entleeren sollte. (Fortsetzung folgt.)

Referate.

S. Lebedew: Ueber Mischformen des Typhus. (Arbeiten (Труды) der Gesellschaft russ. Aerzte in St. Petersburg, 175—182. — 1881).

Es handelt sich um eine Reihe von Fällen, wo bei einem und demselben Individuum mehrere Formen des Typhus gleichzeitig zur Beobachtung kamen und zwar während der in der ersten Hälfte des Jahres 1880 in St. Petersburg herrschenden Epidemieen.

Verf. hat diese Fälle gemeinschaftlich mit Prof. Tschudnowsky in einem der temporären Hospitäler beobachtet.

Unter 1013 Fällen von Typhen kamen 526 Fälle von reiner Recurrens vor und in demselben Verhältnisse spielte auch die Recurrens bei den Doppelerkrankungen die Hauptrolle, denn bei 238 gemischten Fällen war 216 Mal gleichzeitig neben einer anderen Form auch Recurrens vorhanden und zwar 123 Mal neben Exanthematicus, 73 Mal neben T. abdominalis und 20 Mal wurden *alle 3 Formen gleichzeitig* beobachtet (?).

Das Hauptmerkmal dabei ist die Atypie der Temperaturcurven, die Verf. sich dadurch erklärt, dass beide Erkrankungen nicht gleichzeitig eintreten und dann bald die eine, bald die andere Form prävalirend wird.

Der Verlauf bei den Doppelerkrankungen war im Allgemeinen günstiger, als bei den reinen Erkrankungen, das Centralnervensystem war weniger stark ergriffen und die Mortalität eine geringere. (Ref. hat während derselben Epidemie im Alexanderhospital wohl auch derartige Doppelerkrankungen beobachtet, jedoch viel seltener als L. Vielleicht erklärt sich die besonders häufige Doppelerkrankung dadurch, dass im temporären Hospital durch Mangel an Luft und Zusammenpferchen der Patienten der Infection im Hospital ein besonders günstiger Boden bereitet worden war. Bezüglich der sogen. Mischform des Typhus, T. ambiguus, möchten wir auf eine 1872 in Dorpat erschienene Disseration von W. Brandt aufmerksam machen und den Unterschied zwischen Mischform und Doppelerkrankung aufrecht erhalten). P.

Prof. J. Neumann: Ueber Psoriasis vulgaris. (Wiener Klinik. 1881, Heft 2).

In kurzen Zügen giebt der Vf. ein klares übersichtliches Bild über Geschichte, Charakter, Aetiologie und Prognose der Psoriasis. Ausführlicher werden die Anatomie und Therapie derselben besprochen, namentlich letztere, wobei eingehend der zahlreichen gegen die Schuppenflechte vorgeschlagenen Mittel erwähnt wird.

Als besonders interessant und werthvoll möchten wir das Kapitel hervorheben, in welchem die Differentialdiagnostik erörtert wird.

Der Vortrag bietet nichts Neues, enthält dafür ~~aber eine~~ übersichtliche Darstellung des bisher bekannt Gewordenen und ist es daher für diejenigen Collegen, die sich nicht eingehender mit Hautkrankheiten beschäftigt haben, von Werth.

Wir müssen jedoch den Autor auf einen Uebelstand in seiner Arbeit aufmerksam machen, der sich wohl dadurch erklären lässt, dass Vf. kein besonderes Gewicht auf diese allgemein gehaltene Arbeit legt. Es fällt uns nämlich auf, dass der grösste Theil der zahlreichen Literaturangaben derartig ist, dass man bei etwaigem Nachschlagen grosse Mühe hat, meist ist die № oder Pag., wo sich die betreffende Arbeit im citirten Journal findet, nicht angegeben, oft auch nicht einmal der Jahrgang angezeigt. Citate wie z. B. «Berl. klin. Wochenschrift» oder «Med. Tim. and. Gaz». hören eben auf Citate zu sein und könnten dann auch ebensogut wegbleiben. P.

J. Wortabet: (Beyrut): Eine Trichinenepidemie am Jordan. (Virchow's Arch. 1881. Bd. 83, S. 553 ff.)

Im November 1880 wurde in den Sümpfen von El-Huleh ein scheinbar ganz gesunder Eber geschossen. Die Einwohner des Dorfes El-Khiam in der Nähe der Jordanquellen, welche das Fleisch des Wildschweins roh oder unvollständig gekocht genossen hatten, erkrankten, im Ganzen 262 Personen, meist in der 2., einige in der 3. Woche nach dem Genuss. Unmittelbar nach dem Genuss des Fleisches bekam nur einer Erbrechen und Diarrhoe; in diesem Falle verliefen später die Erscheinungen der Trichinose sehr milde. Gesund blieben nur die Personen, welche von dem drei Mal zuvor gekochten Kopf des Ebers gegessen hatten. Die Krankheitserscheinungen bestanden in zuweilen sehr starkem Oedem des Gesichts und der Extremitäten, mitunter auch des Rumpfes, starkem Schmerz in allen willkürlichen Muskeln, mehr oder weniger Fieber und starkem Jucken über den ganzen Körper. Sechs Personen starben. Die Reconvalescenz der übrigen, von der 5. Woche an und weiter, war langsam und von Muskelschmerz, Anschwellung und grosser Schwäche begleitet. In einzelnen Fällen gab es deutliche Rückfälle.

R. Virchow, dem Verf. einige Stücke aus dem M. biceps brachii einer im Anfang der 6. Woche an der Trichinose gestorbenen Person eingesandt hatte, constatirt in einem Zusatz das Vorhandensein kräftig entwickelter, deutlich incapsulirter Trichinen in den Fleischstücken und weist auf die culturhistorisch wichtige Thatsache hin, dass hier zum ersten Mal auf dem Gebiete, auf welches sich die mosaische Speiseordnung bezog, die Existenz der gefährlichen Parasiten, der Trichina spiralis, positiv nachgewiesen ist. Au.

Morgan und Dreschfeld: Idiopathische Lateralsclerose etc. (British medical Journ. 29. Jan. 1881 im Centralb. für Nervenheilkunde 1881, pag. 105.)

Von den 7, in diesem Aufsatze veröffentlichten Fällen ist der eine dadurch besonders wichtig, dass die Section des Kranken factisch eine isolirte Affection der Seitenstränge darbot, bis jetzt ein Unicum in der Literatur. Der 45 jährige Kranke erkrankte 1878 angeblich in Folge Stehens bis an den Nacken in kaltem Wasser während des grössten Theils der Nacht; 1—2 Tage später Schwäche des rechten Beins, nach einigen Monaten eine solche auch der linken Unterextremität. Bald darauf traten die übrigen Symptome der Lateralsclerose (besser spastische Spinalparalyse. Ref.) auf, wie Paresen, Muskelspannungen, Contracturen, erhöhte Reflexe, exquisiter spastischer Gang; keine Störungen der Sensibilität, der Blase und des Mastdarms, auch keine trophischen und cerebralen Störungen. Der Kranke starb plötzlich an einer Thrombose der Femoralvene; die 10 Stunden nach dem Tode gemachte *Section* ergab Folgendes: Frisch untersucht zeigt das Rückenmark nur eine Erweichung im untersten Dorsaltheile; nach der Härtung desselben in doppeltchromsaurem Ammoniak sah man schon mit unbewaffnetem Auge in jedem Seitenstrange einen hellen gefärbten Fleck, nach der Färbung mit Carmin trat deutlich im Hals- und Lumbaltheile ein kleiner sclerotischer Fleck im Seitenstrange hervor, welcher nach innen eng mit der grauen Substanz zusammenhing, sich nach vorn, nicht bis zum Vorderhorn erstreckte und nach aussen den äusseren Rand der weissen Substanz nicht erreichte. Der übrige Theil des Rückenmarks war normal. Im Brusttheile war die Läsion ausgeprägter, nahm dieselbe Lage ein, erstreckte sich aber ein wenig weiter nach vorn; in der erweichten Partie des Dorsaltheils schien das Rückenmark ein wenig in seiner Gestalt verändert, aber dieselben sclerotischen Flecke waren leicht zu erkennen. Im Lumbaltheile bildete die sclerotische Partie einen kleinen dreieckigen Fleck, der an die äussere Seite des Hinterhorns grenzte und sich fast bis an die Peripherie des Seitenstranges in seinem hinteren Theile, aber nur wenig nach vorn erstreckte.

Charcot sah die von Dreschfeld angefertigten Präparate und erklärte die Läsionen für characteristisch. Hz.

Neumeister: Pilocarpin und Diphtheritis. (Deutsche med. Wochenschr. 1881, № 8.

Bei 28 im Lazaruskrankenhause (Berlin) mit Pilocarpin nach Guttmann behandelten Diphtheritiskranken waren die Resultate folgende. Von 5 erwachsenen Kranken hatten 3 Salivation und starb 1 nach 24 Stunden (ohne Salivation). Von 23 diphtheritiskranken Kindern hatten 16 keine, 1 ganz unbedeutende und nur 6 ordentliche Salivation; es starben von diesen Kindern (3 davon waren vor dem Pilocarpingebrauche und 4 wurden nach demselben noch tracheotomirt) 13. In 4 mit Scarlatina complicirten Fällen trat nur einmal unbedeutende Vermehrung des Speichels ein. Einmal erfolgte nach längerem Pilocarpingebrauche Albuminurie, 6 Mal Pulsschwäche (Collaps).

Wenn auch vielleicht das Pilocarpin bei erwachsenen Kranken günstig wirkt, so müsse dasselbe bei Kindern verworfen werden, da es erstens in der Erzeugung von Salivation unzuverlässig sei, zweitens eine Ablösung der diphtheritischen Membranen nicht bewirke und drittens leicht Collaps hervorrufen könne. Br.

G. Faludi: Ueber den Gebrauch des salzsauren Pilocarpin bei Diphtheritis. (Pest. med. chir. Presse № 12).

Genau den Rathschlägen Guttmann's folgend hat Vf. das Pilocarpin bei Kindern angewandt und kommt zu folgenden Schlüssen:

Das Pilocarpin wirkt auch bei innerem Gebrauch sicher und lässt sich mit Erfolg in zahlreichen entzündlichen Affectionen der Mund- und Rachenhöhle anwenden, zeigt jedoch keine specifische Wirkung gegen Diphtheritis; denn ist letztere nur auf Mund- und Rachenhöhle beschränkt, so wirkt es vorzüglich, hindert jedoch nicht die Ausbreitung auf Kehlkopf und Luftröhre und ist letzteres geschehen, so kann es den letalen Ausgang nicht verhindern. Sehr wichtig ist die Verabreichung von starken Weinen als Stimulantia, namentlich bei kleinen Kindern. P.

Russische medicinische Literatur.

№ 109. N. Shuk: Ueber den Einfluss des Pilocarpinum muriaticum auf das Froschherz. (Aus dem physiologischen Laboratorium der Wladimir-Universität). Kijew 1881.

№ 110. Wratsch. № 19.
Inhalt: a) M. Reich: Einige Fälle von Siderosis conjunctivae.
b) D. Stratonowitsch: Ueber den Unterschied zwischen frisch geschlachtetem und gefrorenem Fleisch.
c) G. Karrik: Ueber Kumyss.

№ 111. Klinitscheskaja Gaseta. № 19.
Inhalt: a) S. Lewaschow: Subcutane Injectionen von Eisen bei Anämie. (Aus der Klinik des Prof. S. Botkin).
b) W. Ratimow: Ueber Pustula maligna bei Menschen. (Schluss).
c) E. Schumowa: Einfluss des Chloralhydrats auf den Blutdruck. (Schluss).

№ 112. Wratschebnija Wedomosti. № 17.
Inhalt: a) Ucke: Die Diphtheritis-Epidemie in der südlichen Hälfte Russlands. (Forts.)

№ 113. Medizinskoje Obosrenje. Mai-Heft 1881.
Inhalt: a) Minin, Molodenkow und Stepanow: Sieben Fälle von Operationen des Empyems per incisionem.
b) Orlow: Ein Fall von Entfernung eines Polypen des Uterus mittelst des Ecraseurs.
c) J. Rachmaninow: Ueber Regeneration der quergestreiften Muskelfasern.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Revista médico-quirurgica. № 24.
— Illustrirte internationale balneologische Ausstellungszeitung. № 1. Frankfurt 1881.
— Die Nebenwirkungen der Arzneimittel. Pharmakologisch-klinisches Handbuch von Dr. L. Lewin. Aug. Hirschwald. Berlin 1881.
— Die permanente Irrigation der Vagina und ihre Anwendung in Franzensbad, von Dr. Steinschneider. (Sep.-Abdr. aus «Wien. med. Presse.)
— Conceptionstermin oder Schwangerschaftsdauer von Prof. J. v. Holst. E. J. Karow. Dorpat und Fellin. 1881.
— El medico y cirujano centro-americano. № 15.
— Il movimento medico-chirurgico. № 3.
— Cronica medico-quirurgica de la Habana. № 4.
— La gaceta de sanidad militar. № 153.
— Paris médical. № 18 u. 19.
— Die Nervenschwäche von G. M. Beard, nach der 2. Auflage in's Deutsche übertragen und mit einem Vorwort versehen von Dr. M. Neisser. F. C. W. Vogel. Leipzig 1881.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztlichen Vereins.

Sitzung vom 16. Februar 1881.

1. Dr. von Maydell theilt im Anschluss an sein Referat auf der vorigen Sitzung die Fragen mit, welche den Experten zur Beantwortung vorgelegt worden in Sachen der Vergiftung durch Colchicin.

2. Dr. von Maydell theilt die Krankenziffern mit, vom 15 Februar. Aus denselben ergiebt sich, dass an dem Tage in allen Hospitälern zusammengenommen 6254 Kranke lagen, d. h. 183 Kranke weniger als im Jahre 1880 um diese Zeit. Dr. Froben theilt mit, dass gegenwärtig in den Lehranstalten so wenig acute Exantheme vorhanden seien wie seit lange nicht.

3. Dr. Herrmann berichtet über einen Fall von ungewönlicher Hydronephrose. A. T., 19 Jahr alt, wurde ins Obuchow-Hospital aufgen. den 5. December. Seit 4 Wochen leidet er an Fieber, Erbrechen und Durchfall. Organe der Brust sind normal, ebenso Leber und Milz, Puls klein und schwach und beschleunigt. Temp. 36,8—37,5. Der untere Leberrand vereinigt sich mit einer Kindskopfgrossen, fast zur Spina ilei anterior. reichenden Geschwulst; Doch lässt sich je nach Füllung und Spannung des Darmkanals eine Furche zwischen unterer Lebergrenze und Geschwulst wahrnehmen. Die Geschwulst ist sichtbar, kuglig, platt, schmerzlos, straff gespannt, wenig verschiebbar, dunkel fluctuirend, von oben nach unten gehend findet sich auf ihr ein Längsstreifen, der die Geschwulst in 2 fast gleiche Hälften theilt. Der Kranke war verfallen, apathisch; seine Aussagen unsicher, wechselnd. Angenommen wurde eine tiefliegende, entweder von der Leber oder der Niere ausgehende Neubildung. Wegen normaler Nierenfunction, entschied man sich für die Leber und schwankte zwischen Echinococcus und Thrombose der Pfortader mit nachfolgendem Leberabscess. Die Warscheinlichkeit sprach für Echinococcus, wegen fehlender Frostanfälle, Icterus und Blutungen. Freilich wurde bei ersterer Annahme Schwappen bei der Percussion vermisst und die abgrenzbare untere Leberwand sprach nicht zu Gunsten der Diagnose. Im weitern Verlauf blieben Erbrechen, Durchfall, die Temp. stieg auf 38° und einige Zehntel Abends; am 13. Tage auf 39°, am 14. auf 40° und 40,3°; jedoch wohl in Folge einer hinzugetretenen Parotitis. 3 Tage später erfolgte der Tod. Section. Brustorgane normal. In der Bauchhöhle wölbt sich ein kugliger, straff gespannter, Flüssigkeit enthaltender Körper von Manneskopfgrösse hervor, der den Darm verdrängt, bis zum Os ilei herabreicht. Seine Länge beträgt 28 Ctm., seine Breite 23 Ctm., seine Dicke 12 Ctm. Die rechte Niere bildet gleichsam seine Basis, in ihr fanden sich kleine atrophirte weit auseinandergesprengte Reste der Nierensubstanz; während das Nierenbecken durch Verlöthung des Urethers und Stauung des Urins den monströsen Umfang erreicht hatte. Der Urether, an Grösse und Umfang normal, desgleichen die linke Niere, ferner die Blase, Leber und Milz.

Die Einmündungsstelle des Urether in die Niere war leider bei der Präparation abgerissen und eine genaue Untersuchung des Verschlusses dadurch vereitelt. Es handelte sich um Hydronephrose, der dünnflüssige, trübe Milch- oder Eiterähnliche Inhalt der Geschwulst betrug 10 Pfd.; er erwies sich als Urin, es wurde Harnsäure chemisch nachgewiesen.

4. Dr. Kade trägt nach in Bezug auf den referirten Kniegelenkschuss, dass es dem Jungen jetzt gut geht. Einige Tage nach dem Referat stieg die Temp. auf 39 und darüber. Es erwies sich als Ursache ein Abscess an der Tibia sinistra; offenbar subperiostal. Nach Eröffnung schwand das Fieber. Seine Amputationswunde heilt gut bei offener Wundbehandlung; der Knochen liegt etwas bloss und wird sich wohl ein Stück von demselben abstossen.

5. Dr. Kade referirt ferner über eine Schussverletzung. Die Kugel war a bout portant eingedrungen links zwischen 7. und 8. Rippe und ausgetreten zwischen der 10. und 11. Es fand sich in den hintersten, untersten Theilen der Brust dumpfer Percussionsschall. Zugleich aber war Blutharn vorhanden und zwar bestand $^1/_3$—$^1/_2$ der entleerten Flüssigkeit aus Blut, das coagulirte. Dabei war Schmerz in der Nierengegend und die Temp. zwischen 39 und 40°. Auffallend ist der Verlauf; gestern war Patient moribund, heute ist der Urin ohne Blut, die Temp. 38,5° und ein relativ guter Zustand der Kräfte. Vortragender hat mit Dr. Sesemann gemeinschaftlich Versuche an Leichen angestellt. Es wurde ein Draht in der oben angegebenen Richtung durch den Brustkorb durchgestossen. Es wurde aber die Niere nicht getroffen, sondern nur die Wölbung des Diaphragma.

6. Dr. Magawly berichtet kurz über 3 Schussverletzungen die ihm vorgekommen. In Allen war die Kugel in die Schläfe eingedrungen. Im ersten Fall, der von ihm im Marien-Hospital beobachtet wurde, hatte am 21. Januar der Betreffende sich mit einem Revolver in die rechte Schläfe geschossen; die Kugel sass unter der Haut der linken Schläfe. Das Sehvermögen war augenblicklich geschwunden; das Bewusstsein nicht. Am folgenden Tage war der rechte Bulbus protundirt, sugillirt; es bestand starke Glaskörpertrübung und Ablösung der unteren Hälfte der Netzhaut. Links waren nur Hämorrhagien in der Netzhaut zu constatiren; keine Glaskörpertrübung. Nach 8 Tagen bestand kein Schmerz mehr. Wahrscheinlich waren beide Sehnerven durchschossen. Der zweite Fall hatte sich vor 2 Jahren zugetragen. Auch hier war der Schuss in die rechte Schläfe gedrungen und die Kugel sass unter der Haut der linken Schläfe. Es war kein Bewusstseinsverlust eingetreten. Beide Bulbi waren protundirt und der Lidschluss unmöglich. In Folge dessen trat Necrose der Cornea auf; dabei hatte Patient den Geruchssinn verloren. Es muss also auch der Olfactorius verletzt worden sein. Der dritte Fall betraf einen Officier. Er hatte bei Plewna einen Schuss über dem linken Jochbogen erhalten; ausgetreten war die Kugel aus der rechten Schläfe. Das Bewusstsein war kaum momentan geschwunden. Linkerseits war die Sehkraft erhalten, rechts war vollkommene Erblindung. Bei der Untersuchung ergab sich, dass die Choroidea zerrissen war und Trübungen im Glaskörper vorhanden waren. Die Trübungen schwanden bis zu einem gewissen Grade und in demselben Maasse kehrte etwas Sehkraft wieder.

z. Z. Director Dr. Herrmann.
Secretär Dr. Tiling.

Protokolle des Allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 24. Februar 1881.

Dr. Reyher bespricht unter Vorführung von vier Kranken die Behandlung von Scoliosen und Spondylitiden mit dem Sayre'schen Corsett. Vortragender hebt dabei hervor, dass sich bei den Scoliosen die Wirkung des Corsetts ganz eminent steigern lässt, wenn auf der Seite der Concavität möglichst grosse Fenster angebracht werden, auf der Seite der Convexität die hochstehende Schulter mit eingegypst und zugleich diese, während die Wirbelsäule sich in äusserster Distraction befindet, niedergedrückt, dagegen die Schulter der concaven Seite durch den Thoraxverband von der Achsel her so viel wie möglich gehoben wird. Nach Nachlass der Verticalextension ist das Lageverhältniss der beiden Schultern dabei ein gerade umgekehrtes. Die früher hochstehende Schulter steht jetzt niedrig, die früher tief-

stehende hoch. In Folge dessen kann auf der, der hochstehenden Schulter entsprechenden concaven Seite das Fenster sehr gross ausgeschnitten werden, dicht unter der Achsel wird der Verband durch mehrere Blechstreifen verstärkt, und da die Bewegungen auf der convexverkrümmten Thoraxseite bis zum Aeussersten eingeschränkt sind, so wird der Thorax bei jeder Inspirationsbewegung mit seiner concavverkrümmten Seite gewissermaassen durch das Fenster hinausgedrängt. Jede Respirationsbewegung wirkt also im Sinne orthopädischer Gymnastik. Dieser Heilmechanismus wird noch unterstützt durch folgendes Moment: Soll der Theil des Verbandes, welcher das Fenster in seiner oberen Peripherie umrandet und zugleich die gesenkte Schulter hinaufdrängt, nicht in der Achsel einschneiden, so muss Pat. noch ausserdem die Schulter möglichst häufig vermöge ihres Muskelapparates heben. Dieses geschieht naturgemäss bei jeder Inspiration, und so wird auch von dieser Seite her die concavverkrümmte Thoraxseite methodisch-heilgymnastisch bearbeitet.

Die auf diese Weise erzielten Resultate sind glänzende. Dieselben können natürlich dauernder Natur sein, nur wenn sich unter Besserung des Allgemeinzustandes die Debilität des Muskelsystems verliert, und die Festigkeit des Knochensystems hebt. Zur Erreichung dieses Zieles sind Bäder, und zwar Seebäder unbedingt nothwendig. Die besprochenen Corsette müssen abnehmbar sein. Dr. Reyher hat solche, nach sorgfältig angefertigten Gypsabgüssen von dem hiesigen Bandagisten Quehl herstellen lassen. Dieselben bestehen aus zwei lateralen Hälften, die durch breite Metallspangen fest zusammengehalten werden können. Letztere, ebenso wie die übrigen zur grösseren Festigkeit des Apparates eingelegten Metallschienen sind so zart und leicht gearbeitet, dass das ganze Corsett bei correcter Arbeit leichter als ein entsprechendes Gypscorsett ist. Um die Perspiration der Haut unterhalb des Corsetts möglichst ungehindert vor sich gehen zu lassen, ist letzteres vielfach durchlöchert. Alles eben Mitgetheilte demonstrirte Dr. Reyher in anschaulichster Weise an 3 mit genannten Corsetten versehenen Kranken. Vor den englischen Poroplastik-felt-Corsetts haben die besagten Ledercorsette den Vorzug der Wohlfeilheit. Ausserdem aber wirken sie, wie sich Vortragender noch in diesem Jahre in England und Deutschland bei Besichtigung bester Filzcorsette überzeugen konnte, viel sicherer, weil sie weniger als die letzteren nachgeben, und endlich behindern sie die Perspiration der Haut fast gar nicht. Wie weit es gestattet ist, die Distraction bei spondylitischen Verkrümmungen zu forciren, demonstrirt Dr. Reyher an einem vierten Kranken. Im Allgemeinen wird bei spondylitischen Verkrümmungen eine forcirte Distraction für unzulässig gehalten, einmal, weil man sie für gefährlich hält, und dann, weil man, wenn auch die Stellungs-Correction gelungen sein sollte, an dem dauernden Erfolge durch entsprechende Knochenregeneration an der Stelle des cariösen Knochendefectes zweifeln zu müssen glaubt. So forcirt wie bei den Scoliosen hat Dr. Reyher niemals bei spondylitischen Verkrümmungen zu distrahiren versucht, wohl aber hat er bei jedem Verbandwechsel den durch diesen auszuübenden Zug verstärkt, bei Kindern eventuell unter Chloroform, und dabei niemals üble Zufälle beobachtet. Wie der vorgeführte Kranke beweist, kann auf diese Weise eine vollkommene Ausheilung mit completer Stellungs-Correction, also auch entsprechende Knochenregeneration erreicht werden. Der von Dr. Reyher vorgestellte Kranke, ein Erwachsener männlichen Geschlechts, erkrankte vor zwei Jahren an Spondylitis Lumbo-dorsalis. Damals wurde Pat. mit beträchtlichem Gibbus in die Reyher'sche Klinik aufgenommen und wird jetzt mit physiologischer Rückgratskrümmung aus der Behandlung entlassen. Schmerzhaftigkeit gleich Null. Pat. kann laufen und springen, nur die seitlichen Excursionen im Lendentheil sind noch beschränkt.

Ferner demonstrirt Dr. Reyher Plattfusssohlen, welche er auch vom Bandagisten Quehl anfertigen lässt. Dieselben unterscheiden sich von den sonst üblichen dadurch, dass die für die Erhebung des Fussgewölbes sonst gebräuchliche solide Sohleneinlage am Innenrande des Stiefels, welche bei irgend beträchtlicher Deformität selten von den Kranken ohne Schmerzen ertragen wird, hier durch einen einfachen Federmechanismus ersetzt wird. In den fertigen Stiefel wird eine dünne Metallsohle, welche aus zwei Lagen besteht, hineingelegt. Die oberflächliche Lage ist entsprechend der physiologischen Fusswölbung ausgetrieben beweglich, wird aber am vollen Niedersinken verhindert durch eine zwischen sie und die untere Sohlenlage eingefügte liegende Ressortfeder. Der Vorzug dieser Sohlen liegt noch besonders darin, dass sie in jeden beliebigen Stiefel hineingelegt werden können.

Endlich stellt Dr. Reyher zwei von ihm vor einem Jahre operirte Kranke vor. Einen fünfzigjährigen Mann, bei welchem die linke Hälfte des Kehlkopfes wegen Carcinom (mikroskopisch nachgewiesen) exstirpirt wurde. Bis jetzt kein Recidiv. Mit künstlichem Kehlkopfe spricht Patient mit heiserer Stimme. Der zweite von Dr. Reyher vorgeführte Fall betrifft eine erwachsene Kranke bei der wegen narbiger Kieferklemme die Gussenbauer'sche Plastik, Ersatz der Mundschleimhaut durch äussere Wangenhaut, und Ersatz dieser durch Haut aus der Halsgegend ausgeführt wurde. Der Erfolg ist bis jetzt ein vollständiger.

Dr. Severin theilt mit, dass er in Fällen von chronischen Darmcatarrhen bei Kindern schwedischen Milchpunsch (Milch mit Kalkwasser gekocht, und mit schwedischem Punsch versetzt) mit gutem Erfolge angewendet hat. Genanntes Präparat hält sich sehr gut, und wird von Kindern, selbst in Fällen wo Milch zurückgewiesen wird, gern genommen. Wichtig ist dabei, dass bei Gebrauch genannten Mittels die mit obigem Leiden behafteten Kinder vor sauergewordener, bereits geronnener Milch gesichert sind. Auch in Fällen wo Kinder auf's hartnäckigste Kumyss zurückweisen, kann der schwedische Milchpunsch von Nutzen sein.

Dr. Ebermann hat Cognac als Corrigens zu Kumyss zugesetzt, worauf der Kumyss von den Kranken gern getrunken wurde. Als ein neues Corrigens für Kumyss empfiehlt Dr. Ebermann das Ferrum lacticum, wodurch der Kumyss eisenhaltig gemacht wird. In einem Falle von Verdauungsstörungen bei chronischem Lungenleiden mit bedeutendem Verfall der Kräfte, wo reine Eisenpräparate gar nicht vertragen wurden, brachte Eisenkumyss sehr bedeutenden Nutzen. Auch nach Blutungen (Nieren-Blutungen, starkem Nasenbluten) sah Dr. Ebermann von Eisenkumyss grossen Nutzen.

Dr. Masing theilt folgenden Fall mit. Ein Fabrikarbeiter war mit dem Daumen der von einem Handschuh bekleideten linken Hand in das Treibrad einer Maschine gekommen. Die letzte Phalanx des Daumens wurde gerade im Gelenk abgedreht, und die Sehne des Flexor pollicis longus in einer Ausdehnung von 24 Ctm. mit herausgerissen. Dr. Masing legt das betreffende Präparat der Gesellschaft vor.

Dr. G. Tiling berichtet über einen analogen Fall, in welchem eine Maschinenverletzung auch die letzte Daumenphalanx mit den Sehnen des Extensor und Flexor pollicis longus in der Länge von 26 und 28 Ctm. ausgerissen war. In den ersten 14 Tagen ging die Heilung ohne Zwischenfall fieberlos vor sich, dann trat tiefe Phlegmone auf.

Auch Dr. Wulff hat einen ganz ähnlichen Fall noch als Student an einem Brauerknecht gesehen; auch hier war das Nagelglied des Daumens mit einem langen Stück der Sehne des Flexor pollicis longus ausgerissen.

Dr. Petersen legt der Gesellschaft eine Anzahl von ihm selbst im Alexanderhospital angefertigter, sehr gelungener photographischer Aufnahmen von Patienten, von Spirituspräparaten, Knochen etc. vor. Dr. Petersen hat auch frische Präparate, so z. B. ein tuberculös entartetes Peritonäum photographirt.

Dr. Moritz theilt in Kürze folgende Krankengeschichte mit. Patient erkrankte am 12. Januar 1881 an acutem Gelenkrheumatismus, am 18. Januar wurde er in's Obuchow-Hospital aufgenommen. Bei der Aufnahme in's Hospital ergab die Untersuchung des Herzens nichts Abnormes. Am 20. Januar wurden Geräusche am Herzen hörbar, und am 22. Januar liess sich mit vollkommener Bestimmtheit acute Endocarditis im Gebiete der Mitralis nachweisen. Alsbald kam es zu den Erscheinungen der Insufficienz und Stenose der Mitralis und schon am 9. Februar trat der Tod ein. Die Section des Herzens ergab auf der oberen Fläche der hinteren Mitralklappe eine nahe dem Rande der Klappe aufsitzende, haselnussgrosse, ziemlich fest organisirte, hohle Vegetation von rundlicher Gestalt und glatter Oberfläche. Der Fall wird interessant dadurch, dass die Ausbildung der Endocarditis und der Vegetation zeitlich genau zu constatiren war. Secretär Dr. Lange.

Tagesereignisse.

— Das nahe bevorstehende fünfzigjährige Jubiläum Pirogow's hat Anlass gegeben zur Bildung einer *chirurgischen Gesellschaft in St. Petersburg*, welche den Namen Pirogow's tragen wird. Die Idee dieser Gründung geht von Dr. Ebermann hierselbst aus.

— In Giessen ist der Director des dortigen pathologischen Instituts, Professor Dr. Max Perls am Typhus gestorben. An ihm verliert die Wissenschaft einen tüchtigen und fleissigen Forscher, die Universität Giessen einen vorzüglichen Lehrer.

Miscellen.

— In der Woche vom 3. bis 10. Mai c. sind hieselbst wegen Mangels an freien Plätzen in den Hospitälern wiederum 756 Personen (641 Männer und 115 Frauen) abgewiesen worden. Von den früher Abgewiesenen konnten in der genannten Woche nur 63 schwerere Kranke placirt werden.

— Die (russische) Gesellschaft praktischer Aerzte in St. Petersburg hat beschlossen, künftig auch weibliche Aerzte zur Mitgliedschaft zuzulassen.

— Bei dem Präsidium der Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit ist vom Mitgliede derselben, Dr. F. Weber der Antrag gestellt worden, eine balneologische Section zu bilden, da die balneologische Frage mit der Wahrung der Volksgesundheit in engem Zusammenhange stehe, auch schwerlich in jedem Falle von Aerzten allein in befriedigender Weise gelöst werden könne, weil dazu häufig die Specialkenntnisse des Chemikers, Technikers, Geologen etc. erforderlich und diese Specialitäten in der Gesellschaft vertreten seien; ebendesshalb scheine auch die Bildung einer Section bei der schon bestehenden Gesellschaft vor der Gründung einer neuen Gesellschaft den Vorzug zu verdienen, indem im ersteren Falle die zu erspriesslichem Wirken erforderlichen Kräfte bereits vorhanden, im zweiten aber erst gesammelt werden müssten; auch sei zu berücksichtigen, dass die Gesellschaft sich entschieden ein Verdienst um das Allgemeinwohl erwerben würde, wenn sie sich daran machte, ein Gebiet zu bearbeiten, welches in unserem Lande bisher noch fast unberührt

geblieben, und durch diese Ausdehnung ihrer Thätigkeit auch das Interesse für ihr Streben in immer weiteren Kreisen wecken und neue Mitglieder heranziehen werde. Dieser Antrag wurde im Rath der Gesellschaft angenommen und beschlossen, die neu zu gründende Section vorläufig der biologischen Section einzugliedern und wurde zur Feststellung der Organisation dieser Subsection eine vorberathende Versammlung auf den 21. April einberufen. Es betheiligten sich Vertreter der Mineralwässer von Lipezk, Druskeniki und Staraja Russa, der hauptstädtischen Wasserheilanstalten, sowie Aerzte und Pharmaceuten, die sich für die Sache interessirten. Eröffnet wurde die Sitzung vom Präsidenten der biologischen Section, Prof. Owsjänikow; unter den Anwesenden, die sich zugleich mehr oder weniger lebhaft an den Debatten betheiligten, waren noch zu nennen Prof. Zdekauer, Präsident der Gesellschaft, Dr. Hübner, Secretär derselben, die DDr. Galanin, Ussas, Juschkewitsch, Dworjäshin, Weber.

Als Zweck der Section wurde hauptsächlich Hebung der einheimischen Mineralwässer und klimatischen Kurorte angesehen, und zwar durch wissenschaftliche Arbeiten und Verhandlungen practischer, das Badewesen betreffender Fragen, durch Verbesserung der hygieinischen Verhältnisse in den Kurorten, directen Austausch der Erfahrungen unter den Vertretern der verschiedenen Kurorte, durch Verwerthung der Heilmittel verschiedener Kurorte in denjenigen Anstalten, wo sie bis dahin nicht vorhanden, hauptsächlich aber dadurch, dass durch Schrift und Wort das medicinische Collegium mit den Eigenthümlichkeiten der verschiedenen Kurorte und ihrer Heilmittel genau bekannt gemacht werden.

Die Frage, ob sich die Section gleich bilden, oder erst unter der Leitung der biologischen Section entwickeln sollte, wurde zu Gunsten des letzteren Modus entschieden. Zum Secretär dieser Subsection wurde Dr. Dworjäshin erwählt. Prof. Owsjänikow, als Präsident der biologischen Section, leitet natürlicher Weise auch die Sitzungen dieser Subsection.

— Die practischen Fortbildungscurse für Aerzte in Breslau, welche sich in den letzten Jahren einer steigenden Theilnahme seitens schlesischer und auswärtiger Aerzte erfreuten, werden auch im Herbste 1881 stattfinden. Das Programm enthält:

Gynäkologie (Prof. Spiegelberg). Chirurgie (Prof. Fischer), Augenheilkunde (Prof. Förster), Pathol. Anatomie (Prof. Ponfick), Hautkrankheiten und Syphilis (Prof. Simon), Nervenkrankheiten (Prof. Berger), Geisteskrankheiten (Prof. Neumann), Laryngoskopie und Otiatrie (Docent Gottstein), Experimentelle Hygieine (Prof. Hirt), Chemische Untersuchungen (Prof. Gscheidlen), Pilzlehre (Dr. Eidam in F. Cohn's Laboratorium), Auscultation und Percussion (in der Klinik des Prof. Biermer).

Die Curse dauern von Montag, den 26. Sept. bis Sonnabend den 22. October 1881. Anmeldungen, Anfragen etc. sind zu adressiren: Bureau der Aerztecurse, Breslau, königl. Hautklinik im Allerheiligenhospital.

— Der französischen Deputirtenkammer liegt ein Gesetzentwurf zur Begutachtung vor, der die Vaccination obligatorisch in Frankreich machen soll.

Die zur Vorberathung dieses Antrages niedergesetzte Commission hat mit allen gegen die eine Stimme Depaul's beschlossen, die obligatorische Vaccination und Revaccination als im öffentlichen Interesse dringend nothwendig zu empfehlen, da die Vaccination, mit der nöthigen Sorgfalt und nur bei gesunden Menschen ausgeführt, eine ganz ungefährliche Operation sei und ohne die Vaccination die sonstigen hygieinischen Massregeln (Isolirung, Desinfection etc.) für sich allein keinen ausreichenden Schutz gegen die Pocken bieten.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs
am 10. Mai 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	949	354	1303
Alexander- «	757	166	923
Kalinkin- «	—	541	541
Peter-Paul- «	380	157	537
St. Marien-Magdalenen-Hospital	166	73	239
Marien-Hospital	297	482	779
Ausserstädtisches Hospital	539	148	687
Roshdestwensky-Hospital	50	25	75
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	322	147	469
5 zeitw. Hospitäler	646	137	783
Ausschlags-Hospital	20	11	31
Summa der Civilhospitäler	4126	2241	6367
Nikolai-Kinder-Hospital	46	67	113
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	67	81	148
Elisabeth-Kinder-Hospital	29	42	71
Summa der Kinderhospitäler	142	190	332
Nicolai-Militär-Hospital	627	21	648
Ssemenow'sches Militär-Hospital	268	—	268
Kalinkin-Marine-Hospital	226	—	226
Gesammt-Summa	5389	2452	7841

Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	1243	545	1788
Scarlatina	21	18	39
Variola	14	9	23
Venerische Krankheiten	648	537	1185

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 3. bis 10. Mai 1881 besucht von 2596 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1135.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs
für die Woche vom 26. April bis 2. Mai 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 806 (Todtgeborene 29). Mortalität der Woche für das Jahr berechnet 62,58 p. M.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
538	268	806	86	39	116	18	12	40	120	104	88	72	49	36	13	13

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 61, Typh. abd. 41, Febris recurrens 37, Typhus ohne Bestimmung der Form 25, Pocken 7, Masern 8, Scharlach 16, Diphtheritis 12, Croup 1, Keuchhusten 4, Puerperalkrankheiten 6, Dyssenterie 2, Thiergift 1.

— Gehirnapoplexie 16, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 42, acute Entzündung d. Athmungsorgane 82, Lungenschwindsucht 118, Gastro-intestinal-Krankheiten 106, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 44, Marasmus senilis 38, Krankheiten des Gehirns 20, Krankheiten der Lungen 14, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 19, Krankheiten der Bauchorgane 28, Cachexia 27.

— Tod durch Zufall 9, Selbstmord 2.

— Andere Ursachen 20.

Bad Lippspringe.

Station Paderborn (Westf. Bahn) am Teutoburger Walde.

Stickstoffreiche Kalktherme (17° R.) mit Glaubersalz und Eisen, feuchtwarme beruhigende Lnft, Bäder, Douchen, Inhalationen, dem bewährtesten Standpunkte der Wissenschaft entsprechend in neuen comfortablen Anlagen. Erfolgreiches Bad bei **chron. Lungensucht, pleuritischen Exsudaten, quälenden trockenen Katarrhen der Athmungsorgane, Congestionen dahin, nervösem Asthma, reizbarer Schwäche, Dyspepsie.** Frequenz 2500. Saison vom 15. Mai bis 15. September. Die Curhäuser in den prachtvollen Anlagen gewähren Comfort und vortreffliche Verpflegung. Orchester 18 Mann stark. Gut ausgestattetes Lesezimmer. — Den Wasserversandt bewirkt und Anfragen beantwortet 65 (1)

Die Brunnen-Administration.

Das Saidschitzer Bitterwasser

als wahre und reinste Bittersalzquelle von keinem anderen sogenannten Bitterwasser übertroffen, ist ein mächtiges Arzneimittel in einer grossen, leider höchst traurig folgenreichen Reihe von Krankheiten — bei langwierigen **Hämorrhoidalbeschwerden, Hypochondrie und Hysterie, gichtischen Ablagerungen, Scropheln, Wurmkrankheiten etc.** — und hat den Vorzug, zufolge seiner keineswegs stürmischen Einwirkung, auch den zartesten Organismen die trefflichsten Dienste zu leisten.

M. F. L. Industrie-Direction in Bilin (Böhmen).

DEPOTS IN St. PETERSBURG: bei Stoll & Schmidt, Russ. pharm. Handelsgesellschaft, H. Klos & Co. und Rulcovius & Holm. Ctrl. Mrk. 12,232

PASTILLES DE BILIN

(Biliner Verdauungs-Zeltchen)

bewähren sich als *vorzügliches Mittel* bei *Sodbrennen, beschwerlicher Verdauung, Ueberladen des Magens mit Speisen und Getränken, Magenkatarrhen,* wirken überraschend in den *verschiedenen Krankheiten der Verdauung im kindlichen Organismus, bei beginnenden Drüsenanschwellungen, Scrophulose, der englischen Krankheit* und sind bei *Atonie des Magens und Darmkanals* eine wahre *Sacra Ancora* der gequälten Patienten.

DEPOTS IN St. PETERSBURG: bei Stoll & Schmidt, Russ. pharm. Handelsgesellschaft, H. Klos & Co und Rulcovius & Holm. Ctrl. Mrk. 12,233

F. M. L. Industrie-Direction in Bilin (Böhmen).

NATÜRLICHER BILINER SAUERBRUNNEN

als **der hervorragendste Repräsentant** der alkalischen Säuerlinge (in 10,000 Gewichtstheilen 33,6339 kohlensaures Natron) ersetzt uns die **Quellen von Vichy vollkommen** und dürfte sogar **unbestreitbare Vorzüge vor Vichy** voraus haben, weil er einen viel **höheren Gehalt an Kohlensäure** besitzt und auch eine **doppelte Verwendung** findet, indem man ihn in seiner ursprünglichen Temperatur sowohl, als auch bis zu verschiedenen Höhegraden erwärmt anwendet. Der Biliner Sauerbrunn zeichnet sich in der Wirkung als Säure bindendes, die Alkalescenz des Blutes erhöhendes Mittel aus, leistet daher bei **Sodbrennen, Magenkrampf, chronischem Magenkatarrh, bei sogenannter Harnsäure, Diäthese, Gries, Sand, Nierensteinen, Gicht, chronischem Rheumatismus, chronischem Blasen- und Lungenkatarrh, bei Gallensteinbildung, Fettleber, sogenannten Schleimhämorrhoiden und Scrophulose die erspriesslichsten Dienste.** Als **diätetisches Getränk** gewinnt der Biliner Sauerbrunn ein immer grösseres Terrain und erfreut sich als **Erfrischungsgetränk** einer allgemeinen Beliebtheit.

Versendung in Glasflaschen mit 1200, 680, 350 Gramm Inhalt. 66 (4)

DEPOTS IN St. PETERSBURG: bei Stoll & Schmidt, Russ. pharm. Handelsgesellschaft, H. Klos & Co. und Rulcovius & Holm. Ctrl. Mrk. 12,244

Die natürlichen

WILDUNGER MINERAL-WÄSSER

aus der **Georg-Victor-** und der **Helenen-Quelle,** früher Sauerbrunnen und Salzbrunnen genannt, haben sich bewährt bei Blutarmuth, Bleichsucht, Hysterie, Schleimflüssen, Brust-, Magen- und Darmkatarrh, am hervorstechendsten aber bei den Krankheiten der Harnorgane (Nieren-, Blasenkatarrh, Blasenkrampf, Blasenhämorrhoiden, Gries- und Steinbeschwerden etc.) und sind empfohlen von allen medicinischen Autoritäten. Schon 1584 sagt Th. Tabermontanus von den Wildunger Mineralwässern: Sie mildern die Schmerzen, der Nieren und Blase, führen «ab den Gries, treiben fort den verhaltenen Harn, kommen zu Hilfe den schmerzlichen Harnen, auch denen so Blut und Eiter harnen.» Prof. Wichmann (Ueber die Wirkungen der mineralischen Wässer, Hannover 1797) sagt: «Ich kenne kein Wasser, das in diuretischer (harntreibender) Wirkung dem Wildunger gleich käme. Besonders wirksam ist es in Krankheiten der Absonderungsorgane; als wahres Specificum ist es aber gegen Steinbeschwerden zu gebrauchen.» — Prof. Dr. E. Osann (Darstellung der bekannten Heilquellen, Berlin 1832) sagt: «Bei chronischen Krankheiten der Harnwerkzeuge, bei Gries- und Steinbeschwerden, Verschleimungen, Blasenkrämpfen, Krankheiten der Prostata, anomalen Hämorrhoiden haben sich die diuretischen und schleimauflösenden Wildunger Wasser mit Recht einen sehr ausgezeichneten Ruf erworben.» Hufeland ruft in seinem Journal für praktische Heilkunde, Bd. 68, Stück V, Berlin 1832), nachdem er selbst 12 Wochen an einem schweren Blasenübel gelitten und Wildunger Wasser mit bestem Erfolg gebraucht hatte: «Preis und Dank dem Allmächtigen, der uns das herrliche Geschenk, den Heilquell von Wildungen gab!» — Prof. Lebert (v. Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, 9. Band, 2. Hälfte) sagt: «Zu den vorzüglichsten Mineralwässern beim chronischen Blasenkatarrh gehört das Wildunger Wasser.» — Unter «allen diesen Mineralwässern hat sich aber der Wildunger Helenen-Brunnen den grössten Ruf erworben..... «Der Wildunger Salz- (Helenen-) Brunnen passt ferner ziemlich für alle Formen von Blasenkatarrh, welche die Scala zwischen Irritabilität (Reizbarkeit) und Torpur (Schlaffheit) in mannigfacher Gruppirung nach der Verschiedenheit der zahlreichen Individuen ausfüllen (Klinische Balneologie, Professor G. L. Dittrich, München 1862). Anfragen über Bad Wildungen, Bestellungen von Wohnungen im Badelogirhause und dem Europäischen Hofe — beide nahe der Hauptquelle — erledigt die

Inspection der Wildunger Mineralquellen-Actiengesellschaft

61 (3) zu **Bad Wildungen.**

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 15 Мая 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh., Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22 ½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

ST. PETERSBURGER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg,

Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 21. St. Petersburg, 23. Mai (4. Juni). 1881.

Nikolai Iwanowitsch Pirogow

1831—1881

Am heutigen Tage rüstet sich die gesammte medicinische Welt Russlands zur Feier des 50-jährigen Amtsjubiläums Pirogow's, des berühmten Meisters, auf den sein Vaterland mit Stolz blickt, dessen Leistungen auf wissenschaftlichem Gebiet jedoch der ganzen Menschheit angehören. Seine Arbeiten haben die Kenntniss von dem Bau des menschlichen Körpers wesentlich gefördert, ihm verdanken wir die allgemeine Einführung des Gypsverbandes, dieser segensreichen Erfindung, durch welche vielen Tausenden Leidender Schmerzen erspart und brauchbare Glieder erhalten worden sind, er zeigte den Weg der osteoplastischen Operationen, auf dem seitdem so viel geleistet worden, ihm verdankt die Kriegschirurgie einen Theil ihrer wichtigsten Principien, — er war der erste, der auf die Krankenzerstreuung, als auf das wichtigste Moment des Militär-Sanitätswesens hinwies. Das sind Verdienste, für welche ihm nicht nur Russland, sondern alle Länder, in welchen es eine wissenschaftliche Medicin giebt, zu Dank verpflichtet sind. Von allen Seiten ist ihm denn auch die verdiente Anerkennung zu Theil geworden, ja das Ausland hat seine Bedeutung vielleicht richtiger gewürdigt als die Heimath. Auch an ihm schien sich das Sprüchwort bewähren zu sollen, dass der Prophet nichts gilt im eignen Lande, — wiederholt hat er mit kleinlichen Interessen, beschränkten Ideen, dem Uebelwollen seiner Amtsgenossen und Vorgesetzten zu kämpfen gehabt, so dass ihm sein Arbeiten und Wirken verleidet wurde und er sich in die Einsamkeit des Landlebens zurückzog. Doch stets ist er wieder auf dem Platz erschienen, sobald das Vaterland ihn rief und noch im letzten orientalischen Kriege hat der rüstige Greis die Kriegslazarethe an der Donau durchwandert und mit seinem Rath überall geholfen, wo es nöthig schien.

Heute ist Pirogow jedenfalls der populärste und geehrteste Repräsentant des ärztlichen Standes in Russland. Es scheint, als wolle die Nation durch eine überwältigende Ovation am Greise das Unrecht sühnen, das ihm in der Zeit seines Wirkens und Schaffens angethan worden.

Auch wir stimmen freudig ein in den tausendstimmigen Glückwunsch, der Sonntag den 24. Mai in Moskau Nikolai Iwanowitsch Pirogow dargebracht wird. Wir bringen unsere Huldigung dem grossen Gelehrten und Arzt um so lieber, als derselbe sich sein ganzes wechselvolles Leben hindurch bis auf die heutige Stunde bewährt hat als ein grosser und edeldenkender Mensch, dem die Wahrheit über Alles ging, — als ein ganzer Mann, der seine Ueberzeugung hoch zu halten wusste allezeit.

Möge die Pirogowfeier in Moskau zündend wirken auf die jüngere Generation und Nacheiferung wecken zu eifriger Arbeit für Wissenschaft und Wahrheit.

Mit diesem Wunsche begrüssen wir den verehrten Jubilar!

Bedeutung der Eiweissbestimmung in Ascitesflüssigkeiten.

Von
Prof. F. A. Hoffmann
in Dorpat.

Im 78. Bande von Virchow's Archiv habe ich eine Zusammenstellung der bisher auf ihren Eiweissgehalt untersuchten Ascitesflüssigkeiten gebracht und dieselbe durch einige eigene Beobachtungen bereichert. Es handelte sich darum festzustellen, wie viel bei unseren jetzigen Kenntnissen für die Diagnose aus der Untersuchung von Ascitesflüssigkeiten zu gewinnen sei. Wie berechtigt und zeitgemäss das Aufwerfen dieser Frage war, geht daraus hervor, dass gleichzeitig in Deutschland von zwei Seiten ähnliche Arbeiten publicirt worden sind, die eine von Neidert, die andere von Reuss. Nur die letztere ist mir bis jetzt zu Händen gekommen, sie beschränkt sich nicht auf Ascitesflüssigkeiten allein, sondern betrachtet alle möglichen hydropischen Ergüsse. Jedenfalls ist dies ein Gebiet, welches zur Zeit von verschiedenen Seiten in Angriff genommen ist und dem neben theoretischem auch viel practisches Interesse sich zuwenden muss.

Ich habe aus dem vorliegenden Material geschlossen, dass man die untersuchten Fälle von Ascites in die drei Gruppen bringen kann, welche pathologisch-anatomisch schon seit einiger Zeit fixirt worden sind. In die erste Gruppe gehören die Fälle von sogenanntem kachectischen Ascites (besonders durch chronische Nephritis bedingt), bei denen der Eiweissgehalt unter 1,0 und das specifische Gewicht unter 1010 beträgt; in die zweite Gruppe gehören die Fälle von sogenanntem entzündlichen Ascites, bei denen der Eiweissgehalt über 2,5 und das specifische Gewicht über 1014 liegen, zwischen beiden bilden die Fälle von Stauungsascites die dritte Gruppe. So scharfe Grenzen, wie ich sie hier anführe, existiren natürlich nur für die Schule, ich habe in dem angeführten Artikel auseinandergesetzt, dass am Krankenbett die Verhältnisse sich sehr compliciren können und dass durchaus noch nicht ein hinreichendes Material vorliegt, um dieser Aufstellung einen grösseren als nur einen vorläufigen Werth zu verleihen. Jeder schwierige und zweifelhafte Fall muss zunächst verwendet werden, um die gegebene Regel zu prüfen und das vorliegende Material zu vermehren.

Vor einiger Zeit kam nun hier ein Fall zur Beobachtung, welcher sich auffallend abweichend von der gefundenen Regel zu verhalten schien, ein Nephritiker mit Anasarca und Ascites, die Flüssigkeit des letzteren von einem auffallend hohen Eiweissgehalte. Ein glücklicher Umstand bewirkte, dass derselbe Patient später wieder auf die Klinik kam und da ergab sich eine befriedigende Lösung des Räthsels. Es ist mir von Werth diese kleine Krankengeschichte publiciren zu können, da sie die in der früheren Arbeit aufgestellten Ansichten illustrirt.

J. A., Mann von 48 Jahren aus Ropkoi, wurde am 19. Nov. 1879 aufgenommen. Vor etwa vier Monaten bekam er heftige Schmerzen in der Magengrube, welche anfallsweise gewöhnlich um Mittag aufzutreten pflegten und bis zum Abend dauerten; sie waren von stechendem nach verschiedenen Seiten ausstrahlendem Character, ihr Auftreten schien in keinem Zusammenhange mit der Aufnahme von Speisen zu stehen. Dabei litt Pat. an Appetitlosigkeit, Stuhl zuweilen unregelmässig. Seit einer Woche bemerkte er, dass sein Bauch sich zu vergrössern anfing und zugleich die unteren Extremitäten anschwollen, während die erwähnten Schmerzen abnahmen. Vor dem Eintreten des jetzigen Zustandes hat Pat. sich ganz gesund befunden, vor 20 Jahren eine fieberhafte Krankheit durchgemacht, vor 2 Jahren einen «Hüftrheumatismus» gehabt.

Die Untersuchung ergab hochgradige Anämie, Vorhandensein eines ziemlich beträchtlichen Ascites, an den unteren Extremitäten etwas Hautödem. Der Harn enthält Eiweiss 0,04—0,05 pCt. und Cylinder mit Fetttröpfchen dicht erfüllt. Die Untersuchung der Magengegend ergiebt nichts besonderes, nicht einmal auffallende Schmerzhaftigkeit.

Patient wurde mit feuchten Einwickelungen behandelt und besserte sich dabei so, dass er am 1. Dec. die Klinik verliess. Aus dem genauen Krankenberichte ist noch anzuführen 23. Nov.: Harn. Spec. G., 1025, Alb. 0,05 pCt. 24. Nov. Punctio abdominis; gelbe, ziemlich klare Flüssigkeit von 1014 spec. G. und 3,11 pCt. Albumen. 25. Nov. Harn 1500 Cc. spec. G. 1024. Alb. 0,04. 27. Nov. 1800 Cc. spec. G. 1024, Eiweiss in Spuren. 29. Nov. der Harn enthält weder Eiweiss noch Cylinder. 1. Dec. im Abdomen ist noch Flüssigkeit nachweisbar. Pat. giebt an noch Schwäche im ganzen Körper zu fühlen, jedoch haben die Kräfte bedeutend zugenommen, über Magenbeschwerden klagte er in dieser Zeit nicht mehr.

Er fühlte sich bis zum Mai des folgenden Jahres so, dass er keine ärztliche Hülfe in Anspruch nahm, dann bekam er wieder heftigere Magen- und Rückenschmerzen, zu denen sich nun auch Durchfälle gesellten. Im August 1880 kam er wieder auf die Klinik, auch jetzt waren Oedeme und Ascites ausgesprochen, dagegen war der Harn ganz frei von Eiweiss. Am 1. Sept. wurde zuerst ein Tumor im Epigastrium etwas links von der Mittellinie undeutlich gefühlt, er war auf Druck sehr schmerzhaft. Weiterhin zeigte sich auch, dass das Oedem der unteren Extremitäten sich ungleichmässig verhielt, rechts war es bedeutend, links gering oder zeitweilig verschwunden, der Ascites war so niederen Grades, dass eine Punction nicht vorgenommen wurde. Der öfter untersuchte Urin war stets frei von Eiweiss und Formelementen. Das Allgemeinbefinden hatte sich zusehends verschlechtert. In der Nacht des 2. Oct. entwickelten sich schnell die Erscheinungen der Perforationsperitonitis, der der Kranke erlag.

Bei der Section fand sich ein über die kleine Curvatur weit ausgedehntes carcinöses Geschwür, welches am Pylorus eine Perforationsöffnung zeigte. Die Leber ist stark durchsetzt von metastatischen Knoten. Zahlreiche kleine Knoten bedecken die Peritonäaloberfläche des Magens und der Leber und nach rückwärts erstrecken sich grosse markige Knoten bis zum Kopf des Pankreas. Die Nieren erscheinen etwas gross und blass, das Mikroskop zeigt einzelne geschrumpfte Glomeruli und hier und da ein grades Kanälchen in der Uebergangsstelle aus der Rinden- in die Marksubstanz durch einen hyalinen Pfropf verschlossen. In der Hauptsache ist das Gewebe jedoch normal.

Dieser Fall ist deshalb von Interesse, weil die Untersuchung der Ascitesflüssigkeit im November 1879 schon verrieth, dass hier eine Erkrankung vorliege, welche nichts mit der damals diagnosticirten Nephritis zu thun hatte. Es fand sich in der Bauchhöhle eine gelbe etwas flockige Flüssigkeit von 1014 specifischem Gewicht mit 3,11 pCt. Eiweiss. Im 78. Bande von Virchow's Archiv habe ich nun die Fälle von Ascitesuntersuchung bei Albuminurie, welche bis jetzt vorliegen, zusammengestellt. In keinem Falle ist der Eiweissgehalt ein so hoher gewesen wie hier, die höchsten Zahlen geben Naunyn mit 1,9 und Carl Schmidt mit 1,22 pCt.; von meinen eigenen Zahlen, welche übrigens auch 1,9 nicht

übersteigen, sehe ich hierbei ab, da grade in den Fällen mit hohem Eiweissgehalt die Section fehlt. Die Untersuchung der entleerten Flüssigkeit machte also in diesem Falle die Diagnose auf Nephritis, so nahe sie sonst liegen mochte, zu einer sehr zweifelhaften, denn es lag hier ein Ascites vor, wie er nur bei entzündlichen Formen oder unter ganz besonders complicirten und daher bis jetzt für unsere Analyse noch nicht durchsichtigen Fällen beobachtet worden ist. Die grossen Zweifel, welche also gegen die Diagnose Nephritis bei mir rege waren, wurden nur dadurch paralysirt, dass factisch keine Anhaltspunkte vorlagen um eine andere Krankheit anzunehmen. Auch reüssirte die entsprechend eingeleitete Behandlung in einer für den Pat. befriedigenden Weise, aber — neues Moment, welches die diagnostischen Bedenken bekräftigen musste: der Kranke wurde entlassen zu einer Zeit, wo sein Harn frei von Eiweiss war, während er noch immer etwas Ascites hatte. Jedenfalls muss ich also die Auffassung zurückweisen, dass das Carcinom sich erst im Jahre 1880 entwickelt habe und dass die Beschwerden im Jahre 1879 auf eine wirklich vorhanden gewesene leichte Nephritis allein zurückzuführen seien. In diesem Dilemma erkläre ich die Eiweissbestimmung in der Punctionsflüssigkeit für das Ausschlag gebende Moment und spreche mich mit aller Bestimmtheit dahin aus, dass diesem Carcinom eine Verlaufsdauer von einem Jahr und mehreren Monaten zukomme, obgleich die *sichere* Diagnose durch Palpation eines Tumors erst im September 1880, weniger als zwei Monate vor dem Tode gestellt werden konnte. Es bestätigt auch sonst gemachte Erfahrungen, dass der Tumor vom December 1879 bis Mai 1880 bestanden hat, ohne dass der Kranke sich in einer erheblichen Weise krank fühlte. Während schon im August 1879 sehr erhebliche Magenbeschwerden bestanden, zeigte sich während des ersten Aufenthaltes auf der Klinik und nach demselben eine solche Remission der Erscheinungen, dass auch nicht einmal ein Verdacht auf ein Leiden des Peritonäums ausgesprochen werden konnte und die Beschaffenheit des Ascites als ein gewichtiges Argument gegen die im oben citirten Aufsatze dargelegten Ansichten imponirte.

Dorpat, 14. April 1881.

Ueber die Wirkungen des Pilocarpin bei Diphtheritis.

Von

Dr. Karl Dehio,

(Schluss).

In den vorstehenden Krankengeschichten ist eine günstige Beeinflussung der fibrinösen Laryngitis und Tracheobronchitis durch Piloc. nicht bemerkbar. Die Krankheit führte entweder zum Tode, oder verlief, wo sie in Heilung ausging, nicht rascher, als das auch ohne Piloc. der Fall zu sein pflegt. Eine von diesem Verlauf unabhängige rasche Besserung der localen Rachenerkrankung während des Pilocarpingebrauches war jedoch in mehreren Fällen unverkennbar. Ob diese Thatsache dadurch erklärt werden muss, dass das Piloc. eine specifische Wirksamkeit nur auf die Schleimhaut der Rachenorgane, nicht aber auf die der Luftwege besitzt, oder ob nicht vielmehr die eigenthümlichen mechanischen Verhältnisse der letztern, welche eine Entfernung der fibrinösen Exsudate in hohem Grade erschweren, in erster Linie den Misserfolg der medicamentösen Therapie erklären — das müssen weitere Beobachtungen entscheiden.

Zum Schluss mögen noch einige Bemerkungen über meine Anwendungsweise des Piloc. ihren Platz finden. Da meine Patienten sich im Hospital unter beständiger medicinischer Controle befanden und es mir darauf ankam, möglichst rasche und prägnante Pilocarpinwirkungen zu erzielen, so habe ich stärkere Dosen zu verabfolgen gewagt, als Guttmann ursprünglich angegeben hat. In der That ist es mir auch stets gelungen, Schweisse und Salivation zu erzielen. Namentlich trat letztere stets schon nach den ersten 2 bis 3 Gaben ein, während die Diaphorese bei manchen Patienten erst 6 bis 8 Stunden nach Beginn des Pilocarpingebrauches bemerkt wurde und manchmal (bei kleinern Gaben) nicht sehr stark war. Bei lange fortgesetztem Pilocarpingebrauch nahmen Schweiss und Salivation allmählich ab und hörten etwa nach 5 bis 6 Tagen ganz auf, wenn die Dosis nicht gesteigert wurde.

In der Mehrzahl der Fälle konnte das Piloc. vom Beginn der Behandlung an ununterbrochen gegeben werden, ohne unangenehme Nebenwirkungen hervorzurufen; bei 9 Patienten jedoch habe ich (im Ganzen 14 Mal) Erbrechen beobachtet, und zwar namentlich nach Verabreichung grösserer Dosen. Auffallend war dabei, dass häufig das Erbrechen schon nach der ersten oder zweiten Gabe eintrat, während späterhin dieselbe Dosis anhaltend gebraucht werden konnte und gut vertragen wurde. Ich habe mich durch das Erbrechen nur selten abhalten lassen, mit derselben Dosis, die ich ursprünglich verordnet hatte, nach ein Paar Stunden wieder fortzufahren; erst wenn das Erbrechen sich wiederholte, verkleinerte ich die Gabe.

Schwerere Collapse nach Pilocarpingebrauch habe ich 5 Mal auftreten sehen:

1. bei einem 1½-jährigen Kinde, das in 8 Std. 0,009 Piloc. erhalten hatte,
2. bei einem 8-jährigen Kinde, das in 10 Std. 0,02 Piloc. erhalten hatte,
3. bei einem 11-jährigen Kinde, das in 4 Std. 0,024 Piloc. erhalten hatte,
4. bei einem 9-jährigen Kinde, das 2 Tage lang stündlich 0,004 Piloc. erhalten hatte.
5. bei einem 4-jährigen Kinde mit Laryngostenose und beginnender Asphyxie, das in 10 Stunden 0,02 Piloc. erhalten hatte. Tod 1½ Tage später nach gemachter Tracheotomie.

In den 3 ersten Fällen war gleichzeitiges starkes Erbrechen vorhanden.

Da das Piloc. stets gleich zu Beginn des Collapses ausgesetzt wurde, so habe ich keine schlimmen Ausgänge desselben zu verzeichnen. Die Erscheinungen der Herzschwäche und Cyanose schwanden wieder in 4 bis 8 Stunden.

Sonst habe ich eine ungünstige Beeinflussung der Herzthätigkeit und des Pulses durch Piloc. nicht beobachtet; die Frequenz des letzteren ging meist mit dem Fieber parallel, die Stärke und Fülle desselben nahm öfter mit dem Fallen der Temperatur trotz fortgesetzten Pilocarpingebrauches zu. Die Furcht, der bei Diphtheritis so oft zu gewärtigenden Herzparalyse durch das Piloc. Vorschub zu leisten, hat mich daher von dem Gebrauche des Mittels nicht abgeschreckt, zumal nach den Experimenten Leydens das Piloc. keinen

directen Einfluss auf das Herz besitzen soll, und die zuweilen vorkommenden Collapse nur als Begleiterscheinungen der Nausea und des Erbrechens zu deuten sind.

Dennoch bin ich in Folge dieser immerhin unangenehmen Nebenerscheinungen mit der Verabreichung grösserer Dosen vorsichtiger geworden. Ich habe in der letzten Zeit nur 0,002 in zweistündlichen Gaben verordnet, und erst wenn nach zwei- bis dreimaliger Verabreichung des Mittels kein Erbrechen eintrat, liess ich dasselbe stündlich weiterreichen. Nur wenn die dabei erzielte Salivation sehr unbedeutend war, bin ich zu grösseren Dosen übergegangen. Bei diesem Verfahren haben die Patienten das Piloc. bisher alle gut vertragen.

Im stricten Gegensatz zu diesen meinen Erfahrungen steht eine nach Abschluss meiner Beobachtungen erschienene Veröffentlichung von Prof. Laschkewitsch [1] in Charkow, welcher in 10 Fällen von schwerer Rachendiphtherie, die mit Pilocarpin behandelt wurden, keine einzige Genesung zu verzeichnen hat. Der Tod trat bei ihnen theils in Folge von Herzparalyse, theils nach Weiterschreiten des Processes auf den Larynx und den Bronchialbaum durch Asphyxie ein. Diese Erfahrungen L.'s bewogen mich dazu, die Veröffentlichung meiner Arbeit zu verschieben und noch weitere Erfahrungen abzuwarten. Und in der That habe ich nunmehr Gelegenheit gehabt, mich davon zu überzeugen, dass es Fälle giebt, in denen das Piloc. seine Wirkungen versagt.

Von den im Laufe des Febr. und März d. J. im Kinderhospital des Prinzen von Oldenburg mit Pilocarpin behandelten Fällen von Rachendiphtherie sind nämlich 9 gestorben: dieselben hatten das Eigenthümliche, dass sie mit Ausnahme von zweien (2 Geschwister betreffend, bei denen die Quelle der Infection nicht zu eruiren war) sämmtlich einer und derselben Hausepidemie angehörten. Sechs der Erkrankten waren nämlich Schülerinnen einer 40 Zöglinge zählenden Schule und der siebente Patient war ein Knabe, welcher in demselben Hause wohnte, in dem sich die Schule befand. Drei weitere Angehörige dieser unglücklichen Schule sind noch zu Hause bei ihren Eltern an Diphtherie gestorben, und nur eine einzige der erkrankten Schülerinnen ist mit dem Leben davon gekommen. Schon hieraus ist ersichtlich, dass es sich in allen diesen Fällen um eine ungemein intensive Infection gehandelt hat, und dem entsprechend boten auch die klinischen Erscheinungen das Bild einer so schweren septischen Rachendiphtherie, wie sie in Petersburg nur selten zur Beobachtung kommt. Mit Ausnahme von zwei Patienten, welche später an Bronchialcroup und Pneumonie starben, gingen alle an einer mehr oder weniger rasch eintretenden Herzlähmung am 3. bis 5. Krankheitstage pulslos zu Grunde.

Alle Patienten erhielten Piloc. zu 0,002 p. d., am ersten Krankheitstage in zweistündlichen, später in einstündlichen Intervallen, doch war es auffallend, dass trotzdem die Schweisssecretion und die Salivation nur sehr gering waren. Auch in dieser Beziehung erinnerten diese letalen Erkrankungen ungemein an die von Laschkewitsch aus Charkow berichteten Fälle, während die übrigen, günstig verlaufenen Erkrankungen, welche um diese Zeit im Kinderhospital des Prinzen von Oldenburg zur Beobachtung kamen, alle den mildern Character der gewöhnlichen hiesigen Diphtherie zeigten, und viel mehr den von deutschen Autoren beschriebenen Fällen ähnelten.

Dass daher einerseits Prof. Laschkewitsch dem Pilocarpin jegliche Wirkung bei Diphtheritis abspricht, und andrerseits die deutschen Beobachter dieses Mittel fast als eine unfehlbare Panacee gegen dieselbe Krankheit anpreisen, dürfte sich wohl aus dem verschiedenen Charakter der in Charkow und in Deutschland zu beobachtenden Epidemien erklären.

Nach meinen Erfahrungen muss eine richtige Beurtheilung des Pilocarpins als Heilmittels gegen Rachendiphtherie eine Mittelstellung zwischen diesen beiden Extremen einnehmen. Dasselbe vermag allerdings oft einen unverkennbaren, energischen Heilerfolg bei Rachendiphtherie zu erzielen — einen Erfolg, wie ihn bisher kein anderes Mittel bei dieser Krankheit aufzuweisen hat; — andrerseits aber muss auch zugegeben werden, dass die allerschwersten Fälle der septischen Diphtherie, bei denen der Tod sehr rasch in Folge der diphtheritischen Allgemeininfection des Organismus einzutreten pflegt, dieser Behandlungsmethode ebenso spotten, wie jeder früheren.

[1] Медицинскій Вѣстникъ 1881, № 3.

Correspondenz aus Wien.

Ueber Magenresectionen an Prof. Billroth's Klinik.

Von

Dr. Gelström.

(Schluss).

IV. *Nun schreitet man zur Resection des erkrankten Theiles.* Hat man die Absicht das Duodenum nach Fortnahme des Erkrankten so mit dem Magen zu vereinigen, dass sein oberer Rand mit der kleinen Curvatur eine Flucht bildet (siehe Fig. 1), alsdann beginnt man in entsprechender Entfernung vom Carcinom an der grossen Curvatur mit der Scheere die beiden Magenwände auf einmal durch $^2/_3$ seiner Breite, zu durchtrennen, wobei nach jedem Scheerenschlage alle spritzenden Gefässe mit Schiebepincetten gefasst werden. Die Unterbindung aller kleinsten Gefässe an dem zurückbleibenden Magenlumen hat mittelst feiner antiseptischer Seide zu geschehen. Sollte der Magen nicht vollständig leer gewesen sein, so müsste jetzt vom Magenlumen aus mittelst eigens hierzu bestimmter Schwämme der Inhalt aufgesogen und die Magenwände mit einem desinficirten Schwamme ausgewischt werden. Ist dies geschehen, werden die Wundränder des so erhaltenen Magenlumens sofort so vereinigt, dass Serosa an Serosa kommt, und die geknüpften Fäden einstweilen hängen gelassen, um mit denselben den Magen halten zu können. Nachdem diese *Occlusionsnaht* zur Verkleinerung des Magenlumens angelegt ist, wird der noch restirende Theil der Magenwand durchschnitten: an diese Lücke hat das Duodenum zu kommen. Jetzt wird der carcinomatöse Pylorus vom Duodenum entsprechend weit abgetrennt und die Blutung an den Wundrändern desselben gleichfalls exact gestillt. Hierauf folgt:

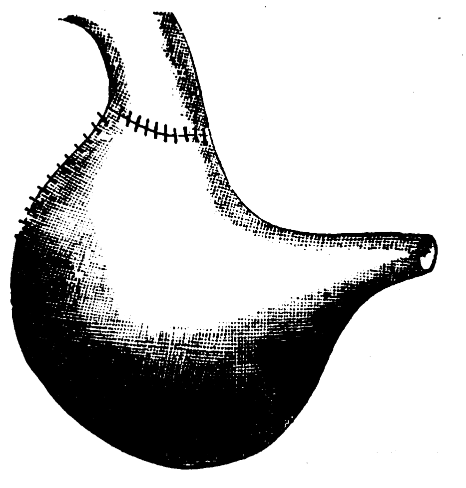


Fig. 1.

V. *Die Insertion des Duodenum an das verkleinerte Magenlumen.* Dabei muss man, sowie beim Darme, an der hintern Wand des Magens und Duodenums beginnen. Nachdem aber die ersten 2 Operationen gezeigt hatten, dass es hierbei mit grossen Schwierig-

keiten zu kämpfen gibt, wurden in den übrigen Fällen diese hintern Ringnähte nach Angabe von Dr. Wölfler von *innen* aus angelegt. Es wird mit einer Nadel zwischen Mucosa und Muscularis eingestochen, durch Muscularis und Serosa durchgestochen und an dem gegenüberliegenden Duodenum wieder Serosa und Muscularis durchstochen, und zwischen dieser und der Schleimhaut am Wundrande ausgestochen. Um die beiden Serosa sehr breit an einander zu legen, wird man erst 1 Centim. vom Wundrande entfernt die Serosa durchstechen. Selbstverständlich fallen die Knoten «*dieser inneren Darmnaht*» nach innen. Die nicht mitgefassten Schleimhautränder legen sich dabei von selbst an einander in Folge der Retraktion der Muscularis. Sollte an irgend einer Stelle dies nicht der Fall sein, müsste eine ganz feine Schleimhautnaht angelegt werden. Nachdem auf diese Weise die hintere Vereinigung beendigt ist, werden an der vorderen Fläche die Lambert'schen Nähte in der gewöhnlichen Art exact applicirt. Nach nochmaliger Revision der Nahtverbindungen wird der vorliegende Magentheil mit einem in schwacher Carbollösung getauchten Schwamm abgewischt und versenkt. Die Bauchdecken werden mit Plattennähten und dazwischen liegenden Knopfnähten in der gewöhnlichen Weise vereinigt. Keine Drainage der Bauchhöhle, kein Spray während der Operation.

Die Einfügung des Duodenums an die kleine Curvatur, hatte im ersten Resectionsfalle eine günstige Magenform gegeben (siehe Fig. I). Im 2. Falle war aber wegen starker Magenerweiterung bei dieser Art der Insertion des Duodenums eine Form des Magens entstanden, die mit ein Grund zum tödlichen Ausgang der Operation wurde. (Siehe Fig. 2.) Bei dieser zweiten Resection kam noch ein

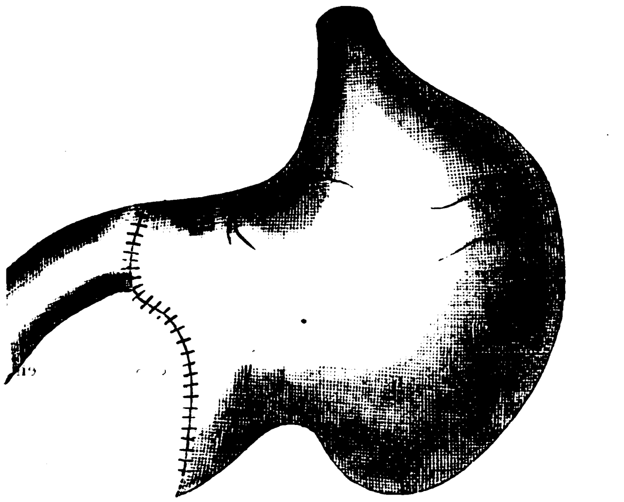


Fig. 2.

anderer Uebelstand hinzu; das an die kleine Curvatur angeheftete Duodenum lag im Verhältniss zu dem besonders ausgedehnten Blindsacke des Magens viel zu hoch. Das Duodenum war nach der Operation an der vorderen Bauchwand angelöthet und dadurch entstand in der Gegend der Ringnaht eine Abknickung, welche das Lumen des neuen Pylorus fast impermeabel machte. Der schlaffe Magen konnte die steile Wand und das enge Thor an seinem Ausgange nicht überwinden und die Kranke ging an Inanition zu Grunde. Um einen solchen Uebelstand zu vermeiden, wurde in den folgenden Fällen das Duodenum an die grosse Curvatur gefügt, was eine gute Magenform erzeugte und die Divertikelbildung verhinderte. Siehe Fig. 3.

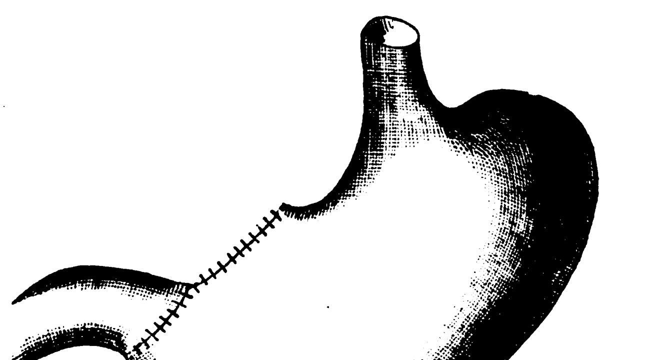


Fig. 3.

Bei dieser Art der Einfügung des Duodenums an die Magenöffnung ist die Operation in der Weise vorzunehmen, wie ich das bei Veröffentlichung der 4. Magenresection in dieser Wochenschrift auseinandersetzte. Unter gewissen Verhältnissen dürfte eine Einfügung des Duodenums, wie sie Fig. 4 zeigt, in Frage kommen.

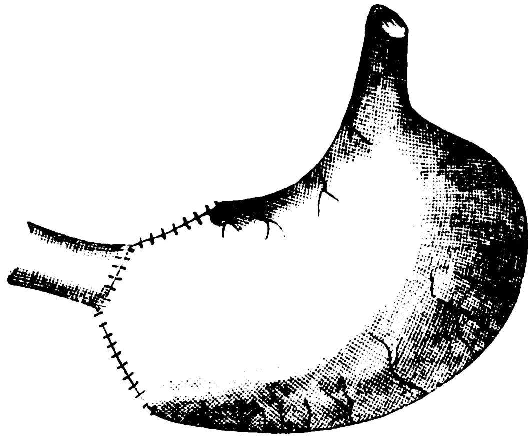


Fig. 4.

In Betreff der weiteren Wundbehandlung ist die Sache sehr einfach. Im ersten Falle wurde der antiseptische Verband erst am 6. Tage gewechselt und Platten und übrige Nähte fortgenommen. Obgleich die 2. und 3. Resection tödlich verliefen, so war in keinem Falle eine allgemeine Peritonitis aufgetreten. Die 2. Patientin starb an Inanition aus schon genanntem Grunde. Die 3. am Tage der Operation an Collapsus. Was die Ernährung anbelangt, so reichte Prof. Billroth der ersten Patientin, wegen grosser Schwäche derselben, schon am 2. Tage stündlich ein Esslöffel kalter saurer Milch, welche sehr gut vertragen wurde. Allmählich steigend, nahm Patientin, vom 8. Tage ab, täglich ein Liter und mehr Milch zu sich. Nach 14 Tagen erhielt diese Kranke bereits Fleischnahrung.

Pepton- und Pankreas-Klystiere wurden als Nährmittel oft nicht vertragen; es erfolgte Diarrhoe. Von grossem Nutzen waren Weinklysmata alle 3 Stunden applicirt; sie belebten die sehr gesunkenen Kräfte der Kranken. Es scheint, dass die einfachsten und gewöhnlichsten Nahrungsmittel, wie Eier, Milch und Wein besser als alle einschlägigen Kunstprodukte sich werden verwenden lassen.

Beschreibung der Krankheitsfälle.

1. Fall. Heller, Therese, 43 Jahre alt, aufgenommen in die Klinik am 25. Januar 1881. Patientin seit 3 Monaten magenleidend, erbricht täglich nach der Mahlzeit den grössten Theil der Nahrung. Stuhlentleerung in der Regel theerartig. In letzter Zeit vertrug die Kranke nur saure Milch. Abmagerung und Schwäche sehr gross. In der Nabelgegend fühlt man einen harten, leicht verschiebbaren, auf Druck empfindlichen Tumor von der Grösse einer kleinen Faust. Keine Verwachsung mit den Bauchdecken. Nach links von der Geschwulst lassen sich die Magengrenzen deutlich durch Percussion bestimmen.

Vorbereitung zur Operation.

Am Abend vorher Application mehrerer Klysmen. Eine Stunde vor der Operation wird der Magen ausgewaschen. Durch ein langes, mittelstarkes Drainrohr, das in den Magen eingeführt wird, und an dessen oberen Ende sich ein Glastrichter befindet, werden 1 bis 1½ Liter lauwarmes Wasser eingegossen; dasselbe fliesst aus dem gesenkten Trichter nach dem Gesetze der Heberwirkung sofort wieder in verunreinigtem Zustande ab, wenn sich im Trichter, sobald er gestürzt wird, noch ein Theil der eingegossenen Flüssigkeit befindet. Diese Procedur wird mehrere Mal wiederholt, bis das aus dem Magen abfliessende Wasser vollständig klar erscheint. Es wurden gegen 14 Liter Wasser zur Reinigung des Magens verwendet.

Einkleidung der Pat. in Flanellhose und Flanellsocken, Temp. im Operationszimmer ca. 20° C. und darüber. Reinigung der Bauchdecken mit Seife und Carbollösung. Narkose mit einer Mischung von Chloroform, Alcohol und Aether (100 : 30 : 30).

Operation am 21. Januar 1881.

Schnitt quer über der Geschwulst oberhalb des Nabels, 11 Ctm. lang. Stillung der Blutung. Eröffnung des Peritonäums. Das Carcinom nimmt den ganzen Pylorus und einen Theil der angrenzenden hinteren und vorderen Magenwand ein. Isolirung und Entfernung des Krankhaften wie oben beschrieben. Die *Occlusionsnaht* zur Verkleinerung des Magenlumens von unten nach oben, d. h. von der grossen Curvatur zur kleinen, erfordert 21 Suturen. Die circuläre Vereinigung des zurückbleibenden Magenlumens an der kleinen Curvatur mit dem Duodenum wird durch 33 Seidennähte bewerkstelligt. Nach stattgehabter Reinigung der Magenoberfläche mit einem in 2% Carbollösung getauchten Schwamme wird derselbe in die Bauchhöhle versenkt und die Bauchwunde durch 3 Plattennähte, 7 tiefe und 5 oberflächliche Seidennähte exact verschlossen. Keine Drainage, kein Spray während der Operation. Carbolgazeverband. Die Operation hatte 1½ Stunden gedauert.

Die exstirpirte Geschwulst misst in ihrer Länge an der grossen Curvatur 14 Ctm., an der kleinen 10 Ctm. Das Lumen des Pylorus lässt mit Mühe eine Bruns'sche Sonde passiren. Mikroskopisch erweist sich das Carcinom als alveolärer Gallertkrebs.

Nachbehandlung. Der weitere Verlauf war günstig. In den ersten Tagen geringe Temperaturschwankungen bis zu 39°; vom 11. Tage blieb die Temperatur normal. Ausser Druckgefühl in den ersten

24 Stunden nach der Operation hatte Pat. keine subjectiven Beschwerden. Bauch schlaff, kein Erbrechen.

Am ersten Tage bekam Pat. blos Eis, vom 2. Tage ab saure Milch, stündlich 1 Kaffeelöffel, später süsse Milch und dann allmählich Kaffee, Cacao, Thee, Portwein. Eier, Bisquit und Schinken. Am 21. Tage bereits ein Beefsteak, das sehr gut vertragen wurde.

Den Stuhlentleerungen wurde mit Klystieren nachgeholfen. Die Bauchwunde war am 8. Tage tadellos verheilt. Am 26. Februar verliess die Kranke die Klinik.

2. Fall. Schönstein, Johanna, 39 Jahre alt, aufgenommen am 24. Febr. 1881. Pat. leidet seit 7 Monaten an Verdauungsbeschwerden. In den letzten Wochen vertrug sie nur Suppe, Milch und Kaffee. Stuhlentleerungen nur jeden 6—8 Tag, theerartig. *Pat. hat nie erbrochen.* Das Carcinom des Magens präsentirt sich als etwa handtellerbreite, harte, auf Druck empfindliche und mässig verschiebbare Geschwulst, welche nach links vom Nabel zwischen diesem und dem linken Rippenbogen gelagert war. Zusammenhang mit der Leber wird ausgeschlossen, Verwachsung mit den Bauchdecken vermuthet.

Vorbereitung zur Operation wie beschrieben. Operation am 24. Februar. Schnitt quer über der Geschwulst 12 Ctm. lang. Die Geschwulst nimmt die Reg. pylor. ein. Abbindung des grossen Netzes durch 7, des kleinen durch 4 Massenligaturen. Der Schnitt am Magen wurde von der grossen gegen die kleine Curvatur steil geführt. 28 Occlusionsnähte und 30 Ringnähte erforderte die Operation. Der resecirte Magen ergab die verhängnissvolle Form Fig. 2. Die Operation hatte 2³/₄ Stunden gedauert.

Das excidirte Stück misst in seiner Länge an der grossen Curvatur 10 Ctm., an der kleinen 5 Ctm. Der Bau desselben ist der eines Epithelioms. Der Wundverlauf war insofern ein günstiger, als nach der Operation weder von Seite der Bauchdeckenwunde noch des Peritonäums irgend welche bedrohlichen Erscheinungen auftraten. Es erlag die Pat. dennoch leider an den Folgen der Inanition unter Erscheinungen hochgradiger Anämie am 8. Tage nach der Operation, aus Gründen, die vorstehend schon genannt wurden. Nachdem Prof. Billroth die Ursache des Erbrechens nach jedesmaliger Zufuhr von Nahrung in dem mechanischen Uebelstande richtig erkannt hatte, schritt er am Vorabende des Todes zur Eröffnung der Magenwunde und Einführung eines Drainrohrs in's Duodenum, um von dieser Duodenalfistel aus die Ernährung zu besorgen; die Wundränder des früher occludirten Magenlumens wurden vorläufig nicht wieder vereinigt. Diese zweite Operation hatte eine Stunde gedauert. Die sehr collabirte Pat. vermochte sich nicht mehr zu erholen und starb somnolent am folgenden Morgen. Die Obduction ergab als causa mortis „Universelle Anämie und Marasmus bei Carcinom", sobald die schon berührten ungünstigen mechanischen Verhältnisse nicht weiter berücksichtigt wurden. Dieser Fall verschafft die Ueberzeugung, welch wichtige Complication die Magendilatation sei; und es musste daran gedacht werden, wie diesem Uebelstande in den nächsten Fällen abgeholfen werden könnte.

3. Fall. Heininga, Franziska; 38 Jahre alt, aufgenommen am 8. März 1881. Magenbeschwerden seit etwa einem Jahre. Täglich Erbrechen seit April 1880. Seit October 1880 verträgt Pat. nur flüssige Nahrung. Seit dieser Zeit bedeutende Schmerzen in der Magengegend, wo sie seit damals auch das Vorhandensein einer Geschwulst wahrnahm.

Pat. sehr anämisch und schwach, zeigt nach oben und rechts vom Nabel eine leicht höckrige Geschwulst, grösser als ein Hühnerei, etwas verschiebbar, mit den Bauchdecken nicht verwachsen, bei Druck schmerzhaft. Magendilatation lässt sich nicht nachweisen.

Operation am 12. März 1881. Schnitt quer über der Geschwulst 12 Ctm. lang. Die grosse Naht mittelst 8, die kleine mittelst 6 Seidenligaturen abgebunden und durchtrennt. Als der Magen herausgezogen werden sollte, zeigte es sich, dass das Carcinom am Pankreas fixirt war. Die Ablösung an dieser Stelle war äusserst schwierig, da Billroth sich nicht zur Abbindung der Bauchspeicheldrüse in Anbetracht der eventuellen Gefahren für die Verdauung entschliessen konnte. Unterbindung der Art. gastro-duodenalis; es mussten ausserdem in der Gegend des Pankreas noch 7 Ligaturen angelegt werden. *Schnitt am Magen von der kleinen Curvatur beginnend* (Fig. 3). 10 Occlusionsnähte. Die Ringnaht wird auf Dr. Wölfler's Rath an der hinteren Wand von *innen* angelegt, die vorderen, wie sonst, von aussen. Operationsdauer 2¹/₂ Stunden. Magenform sehr befriedigend.

Verlauf. Die ohnedies sehr anämische Pat. collabirt schon während der Operation bedeutend. Der Puls wird fadenförmig. Temp. nach der Operation 36,0. Mehrmaliges Aufstossen während des Nachmittags. Am Abend wird Pat. plötzlich unruhig und stirbt.

Das excidirte Pylorusstück misst an der grossen Curvatur 12 Ctm., an der kleinen 5 Ctm. Dem Bau nach ist es Medullarcarcinom.

Obduction zeigt hochgradige Anämie aller Organe. Patientin war an Collapsus zu Grunde gegangen.

4. Fall. Dieser hat bereits seine Beschreibung in № 15 dieser Wochenschrift erhalten. Es erübrigt nur hinzuzufügen, dass an diesem Falle so recht zu sehen war, welch' grosse Zukunft der Magenresection und der Chirurgie noch im Weiteren bevorsteht. Marie Gebharter verliess am 16. Mai die Klinik — *frisch* und *blühend* aussehend. Damit dürfte wohl Alles gesagt sein.

Nach Publication der Brochüre, wurde von Prof. Billroth ein neuer Fall von Magencarcinom resecirt. Da derselbe manches Interessante bietet, will ich, so kurz als thunlich, ihn mittheilen.

5. Fall. Marietta, Josepha, 33 Jahre alt, aufgenommen am 6. Mai 1881. Pat. leidet seit längerer Zeit an Magenbeschwerden. Vor 4 Monaten nahm sie oberhalb des Nabels eine kleine Geschwulst wahr, die zeitweilig stechende Schmerzen verursachte, namentlich Nachts. Nach Mahlzeiten — Schmerz und saures Aufstossen.

Untersuchung der Kranken zeigt in der Reg. epigastrica, 3 Querfinger über dem Nabel einen derben Tumor, etwa hühnereigross, verschiebbar, mit Richtung von links nach rechts, dem Magen angehörend. Kein Icterus.

Operation. Schnitt 14 Ctm. lang, quer über die Geschwulst, am linken Rippenbogen beginnend, nach rechts hin über die Lin. alba hinaus. 8 Massenligaturen am Oment. maj., 4 am Om. min. Dabei wurde das adhärente Lig. suspens. hep. unterbunden und durchschnitten. Ueberdies ergab sich die Nothwendigkeit, wegen Adhäsion mit dem Magen, einen 2 Ctm. langen und 1 Ctm. breiten Streifen *Leberrand*, mit Paquelin abzutrennen und mit dem Tumor zusammen später zu entfernen. Der Magen wird ferner mit beträchtlicher Mühe *vom Pankreas* abgelöst und an diesem viele kleinere Gefässe ligirt. Diese letztere Procedur dauerte gegen eine volle Stunde. Obgleich sehr vorsichtig vorgegangen wurde, *riss das morsche Carcinomgewebe ein* und ergoss äusserst stinkende Jauche, die freilich rasch aus den angrenzenden Partien entfernt wurde. Ein Schwamm tamponirte den Riss. Weiteres normales, typisches Operationsverfahren. Der Schnitt am Magen ging von der kleinen zur grossen Curvatur. Zur Occlusionsnaht wurden 7 Lambertsche Nähte verwendet. Bei Einfügung des Duodenums in das Magenlumen ergab sich, dass letzteres zu klein ausgefallen war; es mussten 2 Nähte gelöst werden. durch 6 innere und 9 äussere Nähte wird die Ringnaht vollendet. Zwischennäthe wurden 26 angelegt. Das Duodenum lag in einer Flucht mit der grossen Curvatur und die Magenform war eine günstige. Dauer der Operation 2¹/₄ Stunde. Blutverlust gering. Pat. sehr blass. Temp. 36,4, Puls sehr klein, aussetzend.

Nach einer Stunde post. operat. tritt heftiges Aufstossen ein. Dagegen Morphiuminject. subc. ¹/₄ Spritze eine 4 pCt. Lösung. Pat. collabirt, zeigt kalte bläulich gefärbte Extremitäten, ein gebrochenes Auge und lang aussetzendes Athmen. Es ergab sich aber bald, dass diese Collapserscheinungen der eigenthümlichen Einwirkung des Morphiums auf diese Kranke zuzuschreiben waren. Unter steigenden Erscheinungen einer septischen Peritonitis geht jedoch Pat. am 6. Tage nach der Operation zu Grunde. Die Autopsie ergab als causa mortis septische Peritonitis und war dieselbe in diesem Falle durch, wenn auch minimalen Eintritt der Krebsjauche ins Peritonäum, zweifellos erzeugt worden. — Die Wundfläche an der Leber zeigte normale Schorfe, die Wunde der Bauchdecken war trocken, ohne jegliches Secret.

Referate.

Krishaber: Ueber die «Sonde à demeure» im Oesophagus.
(La France medicale, 5 Mars 1881.)

Wie Lannelongue in der Sitzung der Pariser chirurgischen Gesellschaft mittheilte, hat K. in einem Falle von Krebs der Speiseröhre die «Sonde à demeure» *305 Tage* im Oesophagus liegen lassen, in einem anderen Falle dagegen 46 Tage. In beiden Fällen war die Sonde durch die Nasenlöcher eingeführt.

Uebrigens ist schon 1799 von Boyer, ebenfalls durch die Nase geführt, eine Sonde 150 Tage belassen worden und wird dieses Verfahren von Verneuil bei Kindern practicirt, denen er Hasenscharten operirt. P.

Fr. Ganghofner: Ueber die chronische stenosirende Entzündung der Kehlkopf- und Luftröhren-Schleimhaut.
(Zeitschr. für Heilkunde. Bd. I. Heft 5 u. 6.)

Verf. hat Gelegenheit gehabt, einen Fall von sogen. Chorditis vocalis inferior hypertrophica zu beobachten, und nach dem Tode des Pat. mikroskopische Untersuchungen der Präparate zu machen. Pat. erkrankte ca. ein halbes Jahr vor dem Tode an Bluthusten, einige Monate darnach stellte sich stets zunehmende Athmungsnoth ein, die allmählich zum Tode führte, die Tracheotomie wurde verweigert. Bei Lebzeiten des Pat. waren constatirt narbige Entartung und Trockenheit des weichen Gaumens, der hinteren Rachenwand und der Choanen, ausserdem Verengerung des Luftröhrenzugangs unterhalb der wahren Stimmbänder durch röthlich graue symmetrische Wülste, die unter den Stimmbändern sichtbar wurden. Bei der Section fand sich fast die ganze Trachea verengt. Wie die mikroskopische Untersuchung zeigte, beruhte diese Stenose auf einer Hypertrophie des subepithelialen Bindegewebes; anfänglich finden sich in letzterem auffallend viel Rundzellen eingesprengt, später erscheinen mehr faserige Bindegewebszüge, ja Partien von Knorpel- und Knochengewebe. Nirgends findet ein herdweiser Zerfall der Zellenmassen statt. Eine Prüfung des bisher in der Literatur enthaltenen Materials in dieser Hinsicht, nöthigt den Verf. diesen Process der Chorditis voc. inf. hypertroph. vollständig zu identificiren mit dem von anderen Autoren beschriebenen Rhinosclerom. Die Ursache dieser chronisch-entzündlichen Hypertrophie des Bindegewebes ist noch nicht sicher festzustellen. Zum Schluss stellt Verf. folgende Sätze auf: 1. Es gibt eine Erkrankung des Larynx und der Trachea, welche mit Verdickung der Schleimhaut und consecutiver Stenose der Luftwege einhergehend, histologisch sich als eben derselbe chro-

nisch entzündliche Process darstellt, welcher unter dem Namen Rhinosclerom bekannt ist. 2. Diese Laryngo-Trachealstenose verläuft unter dem klinischen Bilde der früher als Chorditis voc. inf. hypertr. beschriebenen, in neuerer Zeit als Laryngitis chronica subchordalis oder Laryngitis chronica subglottica (Mackenzie) angeführten Krankheitsform. 3. Diese als Sclerom des Larynx und der Trachea aufzufassende Erkrankung kann auftreten, ohne dass bei dem betreffenden Individuum ein Rhinosclerom mit Veränderungen an der äusseren Nase vorhanden ist. T.

G. Denissenko (St. Petersburg): Ueber das Verhalten der äusseren Körnerschicht der Netzhaut bei gewissen Krankheiten. (Virchow's Arch. 1881, Bd. 83, S. 461—470.)

An auf zweckmässige Weise gehärteten Netzhäuten von an Morbus Brightii verstorbenen Personen fand Verf. bei der Untersuchung der äusseren Körnerschicht folgende Veränderungen: Die Membrana limit. ext. erscheint matt und schwach lichtbrechend durch Eindrücke und Ausbuchtungen, die sich auf ihrer inneren Fläche finden. Die Körner liegen von der Membr. lim. ext. etwas entfernt, so dass ein von (Zapfen-) Körnern allerdings nicht ganz freier Zwischenraum (von 0,015—0,021 Linien) zwischen ihnen und der Membran entsteht, der am weitesten in der Umgegend der Macula lutea, am wenigsten weit in der Peripherie ist. In diesen freien Zwischenraum münden die erweiterten Lymphräume dieser Schicht, die in der ganzen Ausdehnung der Netzhaut anzutreffen sind, und die Körner weiter auseinander rücken machen: Auch die Lymphräume zwischen den centralen Fortsätzen der Körner (M. Schultze'sche Faserschicht) sind mehr als normal entwickelt. Wo diese Fortsätze eine stark geneigte Richtung zur Zwischenkörnerschicht annehmen, ist die Netzhaut stark verdickt. Es geschieht dies auf Kosten der schiefen Fortsätze, von denen ein Theil sich aufrichtet und senkrecht zur Zwischenkörnerschicht stellt. Da dies aber nur ein Theil thut, so bekommt der Dickendurchmesser etwas sehr Unregelmässiges und Wechselndes. In dem starken Wechsel und der starken Zunahme der Dicke der Netzhaut sieht Verf. hauptsächlich das Abnorme. Die gleichen Veränderungen, wie die eben beschriebenen, fanden sich auch bei anderen Affectionen, so z. B. bei einem Manne, der mehrere Blutextravasate in der Netzhaut hatte. Bei einem Erhängten beobachtete Verf. in der Netzhaut um so grössere Veränderungen, je näher dem Centrum er untersuchte. Die Membrana limit. ext. zeigte sich in der Gegend der Ora serrata wenig verdickt, aber schon hier waren ganz feine Räume in ihrer Substanz zu sehen, die um so grösser und abgerundeter wurden, je näher dem Centrum er nachsah; hier aber waren sie zu runden oder ovalen Gängen geworden, die über die Membr. limit. hinaus nach aussen ragten. Nach innen traten dieselben mit den Lymphräumen der äusseren Körnerschicht in Verbindung. Diese sind erweitert, zeigten überhaupt wie die ganze äussere Körnerschicht die oben beschriebenen Veränderungen. Alle diese Erscheinungen erklären sich durch die bei den erwähnten Affectionen vorhandene Behinderung des Blutabflusses aus der Netzhaut. Dass die Blutgefässe bei der Verdickung der Netzhaut eine hervorragende Rolle spielen, geht daraus hervor, dass die Anschwellung immer nur an der Stelle, wo unter dem äusseren Plättchen der Zwischenkörnerschicht ein Blutgefäss verläuft, eine ansehnliche Höhe erreicht. Die Lymphräume, welche senkrecht zur Richtung eines Gefässes verlaufen, sind bedeutend erweitert und in gerader Richtung verlängert, während die Nachbarräume viel weniger vergrössert sind. Die grössere oder geringere Anschwellung hängt also von der grösseren oder geringeren Ausdehnung der Lymphräume, diese aber ihrerseits von der Nähe der Blutgefässe ab. Au.

Prof. E. Lang (Insbruck): Ueber die Häufigkeit und Frühzeitigkeit der syphilitischen Erkrankungen des Centralnervensystems und über die Meningealirritation bei beginnender Syphilis. (Wien. med. W. №№ 48—51, 1880).

Schon im 16. Jahrhundert wusste man, dass Syphilis auch innere Organe ergreife, doch erst Virchow hat wissenschaftlich nachgewiesen, dass im Verlauf der Syphilis jedes innere Organ ergriffen werden könne durch irritative, entzündliche oder gummöse Processe.

Die beliebte Annahme, dass immer Exostosen an der inneren Fläche der Schädelknochen der Grund zur Gehirnaffection seien, hat sich bereits als irrig erwiesen, desgleichen die Annahme, als ob das Centralnervensystem erst in den späten Stadien der Krankheit in Mitleidenschaft gezogen werde. Die Statistik von Mauriac weist sogar nach, dass die Häufigkeit der Cerebralerkrankung mit dem zunehmenden Alter der Syphilis abnimmt. Ferner hat sich jedoch herausgestellt, dass unter allen inneren Organen das Centralnervensystem bei Syphilis am Häufigsten erkrankt, namentlich geht aus den Beobachtungen von Hayem, Erb und Fournier hervor, dass Syphilis häufig die Ursache von Myelitis und Tabes ist. Ob geistige Anstrengung zur Hirnsyphilis prädisponirt, ist noch als eine offene Frage anzusehen, Mauriac und Fournier behaupten es, Naunyn leugnet es.

Ferner giebt es noch nach Vf. Beobachtungen eine Reihe *vorübergehender leichter Gehirnaffectionen* in frühen Stadien der Syphilis, die Vf. mit «*Meningealirritation*» bezeichnet und die sich durch Kopfschmerzen, Schwindel, Verstimmung, Brechreiz und zuweilen Netzhautreizung äussern und in einigen Tagen vorübergehen.

Vf. theilt 8 einschlagende Fälle mit. P.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

A. Woelfler: Ueber die von Herrn Prof. Billroth ausgeführten Resectionen des carcinomatösen Pylorus. Mit 5 Holzschn. und 3 lith. Tafeln. Wien. Braumüller 1881

Die 53 Seiten lange Schrift bezweckt die auf die Pylorusresection bezüglichen Details in kritischer Darstellung und an der Hand namentlich der in Wien über diese Operation gemachten Erfahrungen zu erläutern. Sie beginnt mit einer Uebersicht über die Geschichte der Exstirpationsverfahren an allen Theilen des Verdauungsrohres, im Besonderen auch des Pylorus, schildert dann die chirurgische Anatomie des Magens und bespricht in grösster Breite zunächst die Contraindicationen gegen die neue Operation. Als solche sind in erster Linie Verwachsungen des Carcinoms mit der Leber, dem Colon transversum und dem Pankreas, in bedingter Weise auch Icterus und hochgradige Abmagerung anzusehen. Die ersteren dieser Complicationen möchten in der Narcose, zur Noth unter Zuhilfenahme der probatorischen Incision sich diagnosticiren lassen.

Die operative Technik der Pylorusresection hat auf 4 Punkte Rücksicht zu nehmen:

1) auf die Durchtrennung der Bauchdecken; dieselbe geschehe in *querer* Richtung, dort wo das Carcinom als Tumor palpirbar ist, *nicht* senkrecht in der Linea alba.

2) auf die Isolirung des Pylorus vom grossen, dann vom kleinen Netz.

3) auf die Excision des Tumors. Diese ist in der Weise vorzunehmen, dass das Carcinom zunächst mit dem Duodenum in Verbindung bleibt, und hat darauf Rücksicht zu nehmen, dass später das Duodenum, wenn irgend möglich, an die *grosse* Curvatur angefügt werde. Desswegen führe man den Schnitt in beiden Magenwänden schräg von unten und von der Nachbarschaft des Duodenums nach oben und in der Richtung zur Cardia. Fügt man die so gesetzte Magenwunde in ihren oberen zwei Drittheilen zusammen, so gewinnt man eine theilweise neue kleine Curvatur und im unteren, nicht vernähten Drittel einen Ring, in welchem

4) das Duodenum bequem implantirt werden kann. Würde man das Duodenum an die kleine Curvatur heften, so müsste unterwärts von der Verbindungsstelle der restirende Fundus des Magens ein Divertikel bilden.

Es ist am bequemsten mit der Naht immer an der hinteren Wand des Magens und des Duodenums zu beginnen. In der präcisesten Weise muss die Serose *flächenhaft*, die Schleimhaut möglichst linear vereinigt werden.

Gestaltet sich der Wundverlauf günstig, so nimmt die Frage, wie der Kranke ernährt werden soll, die grösste Aufmerksamkeit in Anspruch. Ihm Klystiere per rectum zu geben, dürfte nicht viel verschlagen, man versuche vielmehr schon am zweiten Tage nach der Operation per os mit Wasser verdünnte Kuhmilch kaffeelöffelweise, dann allmählich Kaffee, Cacao, Portwein, Eier u. s. w. zu verabreichen.

Ausser auf das Carcinom wird die Resection von Magenstücken auch auf das Magengeschwür und auf die Narbenstenosen des Magens sich anwenden lassen.

Dass die vier von Billroth und Woelfler bisher ausgeführten, in unserer Zeitschrift bereits besprochenen Magenresectionen in der Schrift des Breiteren mitgetheilt werden, ist wohl selbstverständlich.

Sehr gelungene Abbildungen veranschaulichen den Sitz des Pyloruscarcinoms, die verschiedenen Schnittrichtungen bei der Operation, sowie die Vorschriften über die Anlegung der Nähte. Au.

Russische medicinische Literatur.

№ 114. Medicinischer Bericht des St. Petersburger Erziehungshauses pro 1879. St. Petersburg 1881, 234 S.

Inhalt: a) W. Froebelius: Allgemeiner Bericht über Zahl, Gewicht und Maasse der aufgenommenen Kinder, über die bei denselben vorgekommenen Krankheiten, über die Zahl der Todesfälle u. s. w.

b) E. Werner: Einige bemerkenswerthe chirurgische Fälle.

c) Derselbe: Resultate der anatom.-pathol. Sectionen in dem Lazareth für Säuglinge.

d) J. Shukowski und M. Snitkin: Ueber die Vaccination.

e) A. Monkewicz: Bewegung der Ammen in der Säuglingsabtheilung und die Krankenbewegung in dem Lazareth für die weibliche Bedienung.

f) J. Etlinger: Zur Casuistik der angeborenen Herzfehler.

g) P. Kruse: Ueber Icterus neonatorum.

№ 115. Rochel: Die Mineralbäder von Staraja Russa. St. Petersburg 1880.

№ 116. Wojenno-Sanitarnoje Djelo. (Das Militär-Sanitätswesen) № 1. Redact. Dr. N. Goldenberg.

Inhalt: a) Ueber die Aufgabe des Blattes.

b) A. N.: Eine sehr einfache Untersuchungs-Methode für's Trinkwasser.

c) M. D.: Die sanitarischen Anordnungen des Generals Skobelew während der Achal-Teke-Expedition.

d) D. G.: Der Kumyss für's Militär und einige Bemerkungen über die Sanitätsstationen für's Militär.

e) W. Prisselkow: Sanitätsverhältnisse der activen Armee im letzten Kriege.

№ 117. Wojenno-Sanitarnoje Djelo. № 2.

Inhalt: a) Th. G.: Die Verluste im Personalbestande der Aerzte.
b) M. P.: Ueber die Aufbewahrung von Fleisch.
c) A. N.: Eine Untersuchungsmethode für's Trinkwasser. (Schluss).
d) D. G.: Der Kumyss für's Militär u. s. w. (Forts.)
e) A. Sandrock: Das Hospitalwesen im Kriege.
f) W. Prisselkow: Die Sanitätsverhältnisse der activen Armee im letzten Kriege. (Forts.)

№ 118. Wratsch. № 20.

Inhalt: a) E. Obraszow: Veränderungen der Lymphdrüsen beim weichen und harten Schanker.
b) M. Reich: Einige Fälle von Siderosis conjunctivae. (Schluss).
c) G. Karrik: Ueber Kumyss. (Forts.)
d) Heyfelder: Die militär-medicinischen Einrichtungen des Achal-Teke-Detachements.

№ 119. Klinitscheskaja Gaseta. № 20.

Inhalt: a) Prof. S. Botkin: Biographie N. Pirogow's (Rede geh. in der Gesellsch. russischer Aerzte).
b) Prof. N. Bystrow: 2 Fälle von Melaena neonatorum.
c) S. Lewaschow: Subcutane Injectionen von Eisen bei Anämie. (Forts.)
d) A. Jermolajew: Ein Fall von Ruptur des Uterus bei der Entbindung.
e) N. Ssudeikin: Ein Fall von Pachymeningitis spinalis. (Aus der Klinik des Prof. Laschkewitsch).

№ 120. Wratschebnija Wedomosti. № 18.

Inhalt: a) T. Bogomolow: Geschichte der Entwickelung und Bedeutung der physiol. chemischen Analyse in ihrer Anwendung in der klinischen Medicin.
b) Ucke: Die Diphtheritis-Epidemie in der südlichen Hälfte Russlands.
c) A. Krassin: Ueber Geburten und Sterblichkeit der Kinder in Orel.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Principien und Praxis der Gynäkologie von T. A. Emmet, nach der 2. Aufl. deutsch herausgegeb. von Dr. C. G. Rothe. Ambr. Abel. Leipzig 1881.

— Die mechanische Behandlung verschleppter Querlagen von E. Bidder. (Sep.-Abdr. aus «Zeitschr. für Geburtsh. u. Gynäkolog. Bd. VI, Heft 2.)

— Karte von Mittel-Europa zur Uebersicht der Curorte und der Verkehrsstrassen, herausgegeben von Dr. Holzer in Franzensbad.

— Einladungsschrift zur Jahresfeier der Stiftung der Universität Dorpat am 12. Dec. 1880.

— Ueber den Werth und die Tragweite des klinischen Unterrichts in der Psychiatrie, Festrede zur Jahresfeier der Stiftung der Universität Dorpat am 12. Dec. 1880, gehalten von Prof. H. Emminghaus.

— Vorschriften für die Studirenden der Kaiserl. Universität Dorpat. 1880.

— Personal der Kaiserl. Universität Dorpat. 1880. Sem. II. u. 1881. Sem. I.

— Verzeichniss der Vorlesungen an der Kaiserl. Universität Dorpat. 1880. Sem. II. u. 1881. Sem. I.

— Untersuchungen über die Quellen des Pompejus Trogus für die griechische und sicilische Geschichte von Al. Enmann. (Gekrönte Preisschrift). Dorpat 1880.

— Studien über Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei der Estin, nebst Untersuchungen über das Becken derselben von Aug. v. Schrenck. Inaug.-Diss. Dorpat 1880.

— Ueber den Zeitpunkt der Abnabelung Neugeborener von F. Steinmann. Inaug.-Diss. Dorpat 1881.

— Pharmakologische Studien über Amylnitrit, Aethylnitrit, Nitropentan, Nitromethan, Pikrinsäure, Ortho- und Paranitrophenol von R. Otto. Inaug.-Diss. Dorpat 1881.

— Versuche über die Wirkung des Pepsins auf einige animalische und vegetabilische Nahrungsmittel von Fr. Kessler. Inaug.-Diss. Dorpat 1880.

— Das Verbrechen von Thadd. Hrehorowicz. Inaug.-Diss. Dorpat 1880.

— Die Einkommensteuerfrage in Russland von B. v. Wolff. Inaug.-Diss. Dorpat 1881.

— Ueber die Quellen der sicilischen Geschichte bei Pompejus Trogus von Al. Enmann. Inaug.-Diss. Dorpat 1880.

— Vergleichende Untersuchungen einiger Catechu- und Gambir-Proben von Ad. Lehmann. Inaug.-Diss. Dorpat 1880.

— Experimentelle und casuistische Beiträge zur Lehre von der Höhlenpression bei Schussverletzungen des Schädels von Gust. Rücker. Inaug.-Diss. Dorpat 1881.

Tagesereignisse.

— Am 3. Mai c. beging die Gesellschaft des «Rothen Kreuzes» in Russland ihren 14. Jahrestag. Sie verdankt ihre Entstehung eigentlich dreien Personen: dem Leibarzt Karell, der Baronin M. Frederiks und der Frau M. Sabinina, welche mit Genehmigung der verstorbenen Kaiserin Maria Alexandrowna einen kleinen Kreis für diese Idee gewannen und die Statuten der Gesellschaft ausarbeiteten, die im Mai 1867 die Allerhöchste Bestätigung erhielten. Der ursprüngliche Zweck der Gesellschaft, den kranken und verwundeten Kriegern Hülfe zu leisten, wurde später auf Wunsch der Kaiserin dadurch erweitert, dass auch Hülfeleistungen und Unterstützungen in Friedenszeiten bei Epidemieen, nach Missernten, Feuerschäden, Ueberschwemmungen, Erdbeben u. s. w. in den Bereich der Thätigkeit der Gesellschaft gezogen wurden. Die grossen Unterstützungen, welche die Gesellschaft den Hungerleidenden in Ssamara, den Abgebrannten in Morschansk, Orenburg und Irkutsk, den Landschaften zur Unterdrückung der Diphtheritisepidemie im Poltawaschen Gouvernement und dergl. mehr hat angedeihen lassen, sind ja allbekannt. Wir wollen hier nur die Summen anführen, welche die Gesellschaft des «Rothen Kreuzes» nach dem Golos zu Sanitätszwecken für die russische Armee hergegeben hat: Im Jahre 1873 während des Feldzuges nach Chiwa — 33,000 Rbl.; 1875 während der Expedition nach Kokhand — 2000 Rbl.; im Jahre 1876 und ff. für die Truppen des Turkestanschen Gebiets — 31,000 Rbl. Im letzten türkischen Kriege hat die Gesellschaft, ausser der Unterstützung mit Kleidungsstücken und anderen Sachen im Betrage von c. 1 Million Rbl, gegen 15 Millionen Rbl. für die Einrichtung und Unterhaltung von Hospitälern verausgabt. Die Ausgaben der Gesellschaft während der Achal-Teke-Expedition endlich belaufen sich auf c. 345,000 Rbl.

— An Prof. Waldenburg's Stelle ist zum dirigirenden Arzte in der Berliner Charité Prof. Senator ernannt worden, der, wie die «Deutsche med. Wochenschrift» erfährt, auch die Leitung der inneren Abtheilung des Augusta-Hospitals behalten wird.

– Für den durch den Rücktritt Prof. Sigmund's erledigten Lehrstuhl der Syphilis an der Wiener Universität ist als erster Candidat Prof. Neumann, als zweiter Prof. Auspitz von dem medicinischen Professoren-Collegium dem Unterrichtministerium vorgeschlagen worden.

Miscellen.

— In der Woche vom 10.—17. Mai c. ist ein *neues zeitweiliges Hospital* auf der Petersburger Seite an der Shdanowka eröffnet worden. Trotzdem haben die Abweisungen wegen Mangels an freien Plätzen in den Hospitälern keinen Tag ganz aufgehört, sondern hat die Zahl der Abgewiesenen nur in den ersten Tagen nach Eröffnung des neuen Hospitals abgenommen und ist am 20. Mai bereits wieder auf 99 angewachsen. Ueberhaupt sind in der obengenannten Woche 524 Personen (448 Männer, 76 Frauen) vom Central-Erkundigungsbureau abgewiesen worden und haben von diesen später nur 73 schwerer kranke Aufnahme gefunden.

— Therese Heller, jene Frau, an welcher Prof. Billroth am 17. (29.) Januar c. die erste Pylorusresection ausführte, ist wie die «W. med. Wochenschrift» meldet, am 12. Mai gestorben. Bei der Section fand man das ganze Peritonäum von theils harten, theils erweichten Carcinomknoten durchsetzt, ebenso das grosse und kleine Netz, wie auch die Mesenterien carcinomatös infiltrirt. Der Magen erschien förmlich eingemauert in den colossalen krebsigen Massen, welche auch seiner äusseren Oberfläche fest adhärirten. Nach Entfernung des Peritonäums erschien der Magen in der Pylorusgegend an die äussere Bauchwand durch sehr straffes, ebenfalls von zahllosen Krebsknoten durchsetztes Bindegewebe fixirt. Die Schleimhaut des Magens zeigte sich normal, die Uebergangsstelle in's Duodenum ringsum von sehr derbem Narbengewebe gebildet, für einen Finger durchgängig. An der Innenwand mehrere Carcinomknoten. Die Fäden der Nähte erscheinen zum grossen Theile fast ganz intact, ohne dass sie im Gewebe Entzündung und Eiterung hervorgerufen hätten. Man fand ferner die weissen Nähte — Knoten und Schlingen — im Innern des Magens, trotzdem die Naht von aussen ausgeführt worden war. Bf.

— Professor v. Nussbaum in München hat unlängst die *300. Ovariotomie* ausgeführt. Dieses denkwürdige Ereigniss wurde in einem kleinen Kreise von Freunden und Schülern des berühmten Operateurs am 21. März c. festlich begangen.

— Der von der Kaiserin Augusta ausgesetzte Preis für die beste Abhandlung über das Wesen der Diphtheritis und deren Behandlung ist keiner der eingesandten Arbeiten zuerkannt worden. Das Preisgericht hat beschlossen, die Preisausschreibung noch einmal ergehen zu lassen und zwar unter folgender engerer Fassung: «Experimentelle Untersuchungen über die Ursachen der Diptheritis und die aus diesen sich ergebenden praktischen Folgerungen». Die Arbeiten, denen ein Motto und Name des Verfassers in einem versiegelten Couvert beizufügen ist, sind an Prof. B. v. Langenbeck in Berlin bis zum 31. März 1882 einzusenden.

— C. Paul: *Behandlung von Verbrennung mit Kalksaccharat.* Es werden gleiche Theile Zucker und gelöschter Kalk in einem Mörser verrieben und allmählich mit Wasser zu einem dünnen Brei angerührt; nach 48 Stunden wird filtrirt und das Filtrat zur Consistenz eines dicken Syrups eingedickt und dann mit 1 Theil Glycerin und 3 Theilen Oel vermischt.

(Gaz. des Hôpit. 1881, 26. Febr.)

— *Esmarch's schmerzloses Aetzpulver* wird nach Dr. E. Andrews (Michigan Medic. News in London Medic. Report 1881, pag. 132) folgendermaassen zusammengesetzt:

Rp. Acidi arsenic. part. 1, Morphii sulphurici part. 1, Calomelanos partes 8, Pulv. G. arabici, partes 48. M. Hz.

Personal-Nachrichten.

Amtliche.

— *Befördert*: *Zum wirklichen Staatsrath*: Der ält. Ord. des Petersburger Nikolai-Militärhospitals, Dr. med. Marssikani. *Zum Staatsrath*: Der Prosektor und ält. Ord. des Kalinkin-Militärhospitals, Kwiecinski.

— *Ernannt*: Dr. med. Nikitin — zum stellvertretenden Inspector der Medicinal-Abtheilung der Pensa'schen Gouv.-Verwaltung; St.-R. Lawrentjew — zum stellvertret. Inspector der Medicinal-Abtheilung der Gouv.-Verwaltung von Wolhynien; der jüng. Ord. des Litthauischen Gefängnisses, Dr. med. Anders — zum jüng. Ord. des Elisabeth-Kinder-Hospitals, mit Belassung in seiner bisherigen Stellung und der ausseretatmässige Ord. des Alexander-Hospitals, Giljarowski — zum ält. ausseretatm. Arzt der St. Petersburger Polizei, mit Belassung in seiner bisherigen Stellung.

Vacanzen.

— *Eine Landschaftsarztstelle* im Kreise *Nowgorod* ist vacant. Gehalt 1200 Rbl. jährlich und freie Dienstfahrten. Nähere Auskunft ertheilt das Landschaftsamt des Kreises Nowgorod.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 17. Mai 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	950	353	1303
Alexander- «	742	169	911
Kalinkin- «	—	536	536
Peter-Paul- «	390	163	553
St. Marien-Magdalenen-Hospital	166	73	239
Marien-Hospital	296	477	773
Ausserstädtisches Hospital	543	149	692
Roshdestwensky-Hospital	46	20	66
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	325	135	460
5 zeitw. Hospitäler	830	136	966
Ausschlags-Hospital	19	11	30
Summa der Civilhospitäler	4307	2222	6529
Nikolai-Kinder-Hospital	49	71	120
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	58	67	125
Elisabeth-Kinder-Hospital	29	49	78
Summa der Kinderhospitäler	136	187	323
Nicolai-Militär-Hospital	624	32	656
Ssemenow'sches Militär-Hospital	279	—	279
Kalinkin-Marine-Hospital	227	—	227
Gesammt-Summa	5573	2441	8014

Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	1161	575	1736
Scarlatina	20	19	39
Variola	12	9	21
Venerische Krankheiten	648	534	1182

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 10. bis 17. Mai 1881 besucht von 2643 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1173.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs

für die Woche vom 3. bis 9. Mai 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 788 (Todtgeborene 29). Mortalität der Woche für das Jahr berechnet 61,18 p. M.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	Im Ganzen: W.	Im Ganzen: Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und meh	Unbekannt.
524	264	788	95	39	96	22	9	38	125	105	99	82	48	24	8	8

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 69, Typh. abd. 33, Febris recurrens 48, Typhus ohne Bestimmung der Form 24, Pocken 7, Masern 9, Scharlach 12, Diphtheritis 13, Croup 6, Keuchhusten 4, Puerperalkrankheiten 5, Dyssenterie 0.

— Gehirnapoplexie 16, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 31, acute Entzündung d. Athmungsorgane 85, Lungenschwindsucht 115, Gastro-intestinal-Krankheiten 95, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 38, Marasmus senilis 32, Krankheiten des Gehirns 24, Krankheiten der Lungen 19, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 22, Krankheiten der Bauchorgane 14, Cachexia 24.

— Tod durch Zufall 16, Selbstmord 5.

— Andere Ursachen 22.

VERLAG von F. C. W. VOGEL in LEIPZIG.

Soeben erschien:

Hermann's Physiologie.

V. Band. 2. Theil.

1. Lieferung.

Aufsaugung, Lymphbildung, Assimilation
von Prof. **von Wittich** in Königsberg.

Verdauungs-, Absonderungs- u. Fortpflanzungsapparate
von Prof. **Sigm. Mayer** in Prag.

Mit 25 Abbildungen. — Preis 6 Mark.

VI. Band. 1. Theil.

Physiologie des allgemeinen Stoffwechsels
und der
Ernährung
von
Prof. **C. von Voit** in München.
Preis 14 Mark.

VI. Band. 2. Theil.

Physiologie der Zeugung
von
Prof. **V. Hensen** in Kiel.
Mit 48 Abbildungen. — Preis 8 Mark.

LEHRBUCH
DER

OHRENHEILKUNDE

mit Einschluss der
Anatomie des Ohres
von
Prof. Dr. **A. von Tröltsch** in Würzburg.
Siebente umgearbeitete **Auflage.**
Mit 24 Abbildungen. Preis 14 Mark.

v. Ziemssen's Spec. Pathologie u. Therapie.

XII. Band. Anhang.

Die
STÖRUNGEN DER SPRACHE.

Versuch einer Pathologie der Sprache
von
Prof. Dr. A. Kussmaul in Strassburg.
Zweite Auflage. Preis 6 Mark. 87 (1)

Instrumentenmacher Baltrusch,

Kasanskaja № 11,

hat vorräthig:

Lister's Ohrhaken, zur Entfernung von Fremdkörpern aus dem Ohr;

Abgerundete Hakenpincetten für Unterbindungen.

Küster's Schwan, Nadelhalter für Höhlennähte.

Volkmann's Suspensionsschienen für obere und untere Extremitäten. 68 (1)

Alleinige Annoncen-Annahme für das Ausland (ausser Buchhändler-Anzeigen) bei **L. Metzl,** Central-Annoncenbureau aller Zeitungen Europas **in Moskau,** grosse Dmitrowka, Haus Butschanowa und Petrowka, Haus Solodownikow, Allgemeine Anfahrt mit dem Théâtre Bouffe in der Bel-Etage.

Wreden's Sammlung
kurzer
medicinischer Lehrbücher.

Unter diesem Titel beabsichtige ich eine Reihe von Werken herauszugeben, welche zum Gebrauch für den Praktiker und den Studirenden berechnet sind. Namhafte Gelehrte werden die einzelnen, **speziell von ihnen vertretenen** Fächer bearbeiten, womit die Gewähr geboten ist, dass in jedem Werke trotz der Kürze **hohe wissenschaftliche Bedeutung** mit **Vollständigkeit** und **Beherrschung des Materials** vereint sein wird.

Soeben erschien und ist in allen Buchhandlungen zu haben:

Band I.

Die Krankheiten der Frauen,

Aerzten und Studirenden geschildert
von
Dr. Heinrich Fritsch,
Professor der Gynäkologie und Geburtshülfe an der Universität Halle.
Mit 159 Abbildungen in Holzschnitt.
Gr. 8. Preis geh. M. 8.60, geb. M. 9.80.

Jährlich erscheinen 3—4 Bände. — Jeder Band ist einzeln käuflich. Als Band II. und III. folgt zunächst: **Dr. H. Eichhorst,** Professor in Göttingen, **Lehrbuch der physikalischen Untersuchungsmethoden innerer Krankheiten.** Mit zahlreichen Abbildungen. 84 (1)

Braunschweig. **Friedrich Wreden.**

Den Herren Aerzten zu gefl. Beachtung!

Loeflund's Malz-Extract, Extr. Malti. pur. Pharm. German.
Dieses officinelle Präparat, aus reinem Gerstenmalz ohne Gährung dargestellt und im Vacuum-Apparat zur Extractconsistenz eingedickt, ist in Deutschland wegen seines äusserst angenehmen Geschmackes und seiner lösenden und nährenden Eigenschaften sehr beliebt und ausserordentlich verbreitet.

Loeflund's Malz-Extract mit Eisen,
Extr. Malti Ferrat. Pharm. German., enthält 2% Ferr. pyrophos. cum Ammon. citr., schmeckt nicht styptisch und wird von Aerzten und Patienten als leichtverdauliches und zugleich nährendes Eisen-Präparat vorzugsweise verwendet.

Loeflund's Malz-Extract mit Kalk,
enthält nach Dr. Reich's Vorschrift 2% Calcar. hypophosphorosa, das seine vielfache und erfolgreiche Anwendung bei Rachitis, schwieriger Zahn- und Knochenbildung, sowie bei beginnender Tuberculose bedingt.

Loeflund's Malz-Extract mit Leberthran, gleiche Theile Extr. Malti und Ol. jecor. as. norweg. sind hier zu einer Emulsion vereinigt, die im Wasser oder Milch sehr leicht genommen und ohne Aufstossen vertragen wird. Diese vortreffliche Combination, die wir Dr. Davis in Chicago verdanken, hat sich in kurzer Zeit bei vielen Aerzten eingebürgert.

Loeflund's Malz-Extract-Bonbons
enthalten 25% Extract und sind wegen ihres angenehmen Geschmackes, rasch lösender Wirkung und leichter Verdaulichkeit vor allen bisherigen Husten-Bonbons beliebt.

Diese Präparate aus der Fabrik von **Ed. Loeflund,** geprüftem Apotheker in Stuttgart sind auch zu beziehen aus nachstehenden Depôts: 35 (1) Ctrl. Msk. 10259

St. Petersburg: Stoll & Schmidt, Rulcovius & Holm, A. Klos & Co., Russ. Pharm. Handelsgesellschaft, sowie den Filialen in Moskau und Charkow, **Moskau:** Betling & Stockmann, **Riga:** Alfred Busch, Gebr. Kamarin, Ad. Wetterich, **Wilna:** P. Gruzewski, J. B. Segall.

Ctrl. Msk. 13156

GMUNDEN

74 (1)

klimatischer Curort am Traunsee in **Oberösterreich,** gilt als der reizendste Punkt in dem durch seine Naturschönheiten weltberühmten **Salzkammergut.** Verfügbare Curmittel: **Sool-, Fichtennadel-, Dampf-, See- und Traunflussbäder; Ziegen- und Kuhmolken** (eigener Schweizer) und alle importirten **Mineralwässer. Dr. Wolfsgruber,** dirigirender Badearzt.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 22 Мая 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh., Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

ST. PETERSBURGER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg,
Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 22. St. Petersburg, 30. Mai (11. Juni). 1881.

Zwei Fälle von Blasenruptur, hervorgerufen durch Muskelanstrengung.

Mitgetheilt von
Dr. J. Assmuth.
(Vorgetragen im Deutschen ärztlichen Verein.)

Die Zerreissung der Harnblase gilt mit Recht für ein Ereigniss das fast immer den Tod zur Folge hat, und das Traurige dieses Erfahrungssatzes wird nur dadurch gemildert dass die fragliche Verletzung so äusserst selten vorkommt. Dass letzteres der Fall, wird kein Arzt, der längere Zeit in einem grösseren Hospital, zumal in einer chirurgischen Abtheilung, thätig gewesen ist, bestreiten und das lange Suchen, nach welchem man bei Durchmusterung der betreffenden Literatur wieder auf einen vereinzelten Fall stösst, bringt es Einem erst recht zum Bewusstsein, einen wie geringen Procentsatz sämmtlicher chirurgischen Verletzungen die Blasenzerreissung in der That darstellt. Nach Bartels[1] Angabe fanden sich z. B. in den Krankenregistern der Heilanstalt Bethanien bei Berlin unter 10,867 chirurgischen Kranken, die während 8 Jahren (1869—76) behandelt worden waren, nur 3 Fälle von Blasentraumen und im Bartholomäus-Hospital in London in 7 Jahren unter 16,711 chirurgischen Kranken gar nur 2 Fälle. Unter solchen Umständen halte ich es für gerechtfertigt, zwei einschlägige Beobachtungen mitzutheilen, die ich in 2 aufeinanderfolgenden Jahren (1879 und 1880) im Obuchow-Hospital gemacht habe, und das um so mehr, als die beiden Fälle in mehrfacher Beziehung einen auffallenden Parallelismus zeigen und hinsichtlich ihrer Entstehungsweise in der Literatur, so weit sie mir zugänglich gewesen ist, kein Analogon haben. In der vortrefflichen Monographie von Max Bartels findet sich unter 169 gesammelten Fällen von Blasenruptur kein einziger, wo dieselbe durch blosse Muskelanstrengung entstanden wäre; überall handelt sich's um Auffallen schwerer Lasten auf den Unterleib, um Stoss oder Schlag in's Hypogastrium, um Ueberfahrenwerden und dergl. In den beiden Fällen aber, auf die sogleich näher eingegangen werden soll, scheint die Sprengung der Blasenwand einzig und allein durch die von oben und vorn her die volle Blase bedrängende Bauchmuskulatur hervorgebracht worden zu sein.

[1] Max Bartels, die Traumen der Harnblase. Arch. f. klin. Chir. 1878, Bd. XXII.

1) Jewsej Iwanow, 32 Jahre alt, hat am 2. Mai 1879 einen Mehlsack von etwa 4—5 Pud Gewicht von der Plattform einer Güterstation auf das daneben stehende Fuhrwerk gehoben und dabei einen sehr intensiven Schmerz im Unterleib empfunden. Als er sich gleich darauf, zum Arbeiten zu schwach, niedergelegt, habe er zunächst keinen erheblichen Schmerz mehr gefühlt und sei erst wieder unruhig geworden, als er beim Versuch, den Harn zu entleeren, nichts herausgebracht als einige Tropfen Blut. Darauf hin habe er sich um Hülfe in's Hospital gewandt, in welches er — über eine Werst weit — zu Fuss gegangen. Als ich Pat. am 4. Mai in meiner Abtheilung sah (es waren schon 2 Tage seit dem Auftreten der obigen Erscheinungen verflossen), bot er folgenden Status praesens dar: schmächtiger Mann von gracilem Körperbau, florider Hautbeschaffenheit, mit kleinem, ziemlich frequentem Puls (88) und einer Körpertemperatur von 37,7° C., klagt nur über die Unmöglichkeit, seinen Harn zu entleeren, behauptet keinen spontanen Schmerz zu empfinden, giebt aber bei der Palpation des Hypogastriums eine erhöhte Empfindlichkeit zu, namentlich wenn die palpirende Hand der rechten Fossa iliaca nahekommt; bei tiefem Druck wird deutlicher Schmerz empfunden. Die Bauchdecken sind kaum mehr als normal gespannt und die Muskulatur contrahirt sich nur dann straffer, wenn die genannte Partie berührt wird. Die Einführung eines Metallkatheters von mittlerem Kaliber in die Blase gelingt ohne weiteres, aber es entleert sich durch denselben kein Harn, nur einige Tropfen Blut. Die Blasen-

gegend ist durchaus nicht vorgewölbt und auch die Perkussion spricht gegen eine irgend erhebliche Ausdehnung der Blase. Pat. äussert sich auf Befragen dahin, er habe am Tage der Erkrankung seinen Harn am frühen Morgen, etwa 5 Stunden vor dem Auftreten der erwähnten Symptome, entleert und will inzwischen keine grossen Flüssigkeitsmengen zu sich genommen haben. Die objectiven Localsymptome sprechen mit grosser Bestimmtheit für das Vorhandensein einer Blasenruptur, eine Diagnose, die nur etwa auf Grund der geringfügigen Allgemeinerscheinungen des relativ guten subjectiven Befindens und des scheinbar ungenügenden ätiologischen Moments beanstandet werden konnte. Am Abend desselben Tages stieg die Temperatur indessen auf 38,3, der Puls auf 104, Pat. wurde unruhig und klagte über einen dumpfen Schmerz im Hypogastrium. Am folgenden Morgen war die Temp. wieder auf 37,9 gesunken, die Empfindlichkeit der Blasengegend aber vermehrt und ein nicht zu verkennender Collaps eingetreten. Einige Stunden nach Einführung eines Nélatonschen Katheters mit Fixirung desselben klagte Pat. über so heftige Schmerzen im ganzen Verlauf der Harnröhre, dass von der Anwendung der Sonde à demeure abgesehen und die Behandlung, wie am ersten Tage, auf Eisapplication und Opium (6 Mal täglich 1/2 Gran) beschränkt wurde. Unter steigendem Collaps hielt sich die Temp. an den folgenden Tagen Abends auf 39,5—40,2, Morgens auf 38,6—39. Die Spannung der Bauchdecken wurde nicht hochgradig, die Druckempfindlichkeit aber diffus. Ohne dass noch ein Tropfen Harn entleert worden wäre, starb Pat. am Abend des 6. Tages nach der Verletzung (am 8. Mai). Die Section wies frische allgemeine Peritonitis nach und einen 2 1/2 Ctm. langen Riss im obersten Abschnitt der hinteren Blasenwand ganz nahe am Scheitel und etwas nach rechts von demselben.

2) Grigori Wassiljew, 40 Jahre alt, wurde am 5. Mai 1880 in's Obuchow-Hospital aufgenommen. Pat. ist gut genährt, aber bleich, Puls nicht sehr klein (96), Temp. 37,9, er liegt, ohne über Schmerz zu klagen, da und hat auf die an ihn gestellten Fragen nur sehr kurze Antworten. Sicher lässt sich aus denselben nur entnehmen, dass er vor 2 Tagen beim Heben einer bedeutenden Last (Thierfelle im Gewicht von 5—6 Pud) plötzlich einen heftigen Schmerz empfunden, der ihn gezwungen sich auf der Stelle niederzusetzen; er habe dann aber doch die Felle noch weitergetragen, denn der Schmerz sei wieder vergangen. Von längerem Zurückhalten des Harns, bevor er jene Last gehoben, weiss Pat. nichts, seit der Zeit aber könne er nicht mehr uriniren. Blase nicht ausgedehnt; rechts im Hypogastrium eine Dämpfung und erhöhte Resistenz. Bei der Palpation des Abdomen lässt sich eine abnorme Empfindlichkeit nicht erkennen. Während der Untersuchung kommt es zum Erbrechen; Pat. bemerkt dabei, es sei auch an den vorhergehenden Tagen Erbrechen dagewesen. Der leicht in die Blase gebrachte Metall-Katheter entleert nur eine ganz geringe Menge stark blutigen Harnes. Durch den an demselben Tage eingeführten und liegengelassenen Nélaton entleerte sich auch im Lauf der wenigen Tage, die Pat. noch am Leben blieb, so gut wie nichts; bei einer Ausspülung mit 2 pCt. Carbollösung floss nur die etwas getrübte, kaum blutig gefärbte Injectionsflüssigkeit wieder ab. Die Behandlung beschränkte sich im Uebrigen auf Eis und grosse Gaben von Opium mit Campher. Der Puls wurde am dritten Tage der Behandlung sehr klein, der Pat. unbesinnlich, die Empfindlichkeit des Abdomen wuchs und es trat ein geringer Meteorismus auf. Die Diät bestand in Milch (am ersten Tage Hafersuppe). Die Zunge war völlig trocken, aber rein, Stuhl trat während des Hopitalaufenthalts nicht ein. Die Temperatur, die sich bis auf die zwei letzten Tage auf subfebriler Höhe (37,8—38,0) gehalten, zeigte schliesslich abendliche Steigerungen von 39,3—39,7. Pat. starb am 6. Tage nach der Verletzung (9. Mai). Section: Spärliches, eitrig-fibrinöses peritonitisches Exsudat nebst Verklebungen der Darmschlingen; Leber, Milz, Netze frei von Beschlägen. In der rechten Hälfte der hinteren Blasenwand, etwa 2 Ctm. vom Scheitel, ein 3 Ctm. langer Riss, parallel dem sagittalen Durchschnitt der Blase. Wundränder wenig verdickt, Blasenschleimhaut normal gefärbt, keine Spur von Blutcoagulis in der Blase oder in deren Umgebung. An den übrigen Organen nichts Bemerkenswerthes. Von der Harnansammlung, die sich in beiden Fällen intra vitam im rechten Hypogastrium nachweisen liess, war bei der Obduction nur wenig zu sehen; es war offenbar durch die Darmbewegung eine Vertheilung des Angesammelten zu Wege gebracht worden. Dafür spricht auch der Umstand, dass in den letzten Lebenstagen die Resistenzvermehrung und die Concentration der Druckempfindlichkeit in der genannten Gegend nicht mehr deutlich war, und zwar in dem Maasse, als das Bild einer nicht sehr ausgesprochenen, aber diffusen Peritonitis sich entwickelte.

Dass die gewaltige Muskelanstrengung, die in beiden obigen Fällen zum Heben der sehr bedeutenden Last erforderlich war, als Ursache der erfolgten Ruptur angesehen werden muss, scheint mir unzweifelhaft, und wenn auch bisher noch kein derartiger Fall publicirt ist, so lassen doch die Analogien aus dem Gebiet der Fracturen und Luxationen, wo Muskelspannung als Entstehungsursache ja nicht so ganz selten beobachtet worden, diese Auffassung plausibel erscheinen.

Obgleich beide Patienten leugnen, den Harn besonders lange angehalten zu haben, dürfte eine beträchtliche Füllung der Blase doch supponirt werden müssen; hierzu berechtigen uns die so überaus häufig in der Praxis vorkommenden irrigen Angaben über den Füllungsgrad der Blase, denen man selbst bei Gebildeten begegnet, und die offenbar nicht nur auf mangelhafte Selbstbeobachtung zu beziehen sind, sondern auch darin ihren Grund haben, dass vielen Individuen in Folge von herabgesetzter Elasticität der Blasenwand das richtige Urtheil über die jeweilige Spannung derselben abhanden gekommen ist. Ich halte die factisch stattgehabte Berstung der Blase allein schon für einen Beweis vorhergegangener abnormer Füllung. Dass aber bei stark gefüllter Blase die plötzlich in volle Thätigkeit gesetzte Bauchpresse in ähnlicher Weise wirken könne, wie ein Stoss oder Schlag, scheint mir evident.

Analog sind die beiden Fälle nicht nur, insofern ihnen das gleiche ursächliche Moment zu Grunde liegt, sondern auch hinsichtlich der Localisation des Risses. Da man sich den intravesicalen Druck auf die ganze Blasenwand gleichmässig vertheilt denken muss, so wird der Riss an der Stelle zu Stande kommen, die am schwächsten ist oder die von aussen her den stärksten Gegendruck erfährt. Es ist,

so viel mir bekannt, nicht ausgemacht, ob irgend eine bestimmte Partie der Blasenwand normalerweise eine geringere Widerstandsfähigkeit besitzt als die andere und es kommen hier vielleicht nur individuelle, angeborene oder acquirirte, Anomalien in Betracht; doch möchte ich darauf aufmerksam machen, dass die Muskelbündel des Detrusor an dem Scheitel und der Hinterwand weniger dicht gedrängt erscheinen als an den Seitenwänden, wo sich nach Hyrtl (topogr. Anat.) zu den longitudinalen noch schiefe Fascikeln hinzugesellen. Querfasern scheinen nur in der Nähe des Blasenhalses vorzukommen und fehlen also auch an den genannten Stellen. Der Blasengrund und die Vorderwand kommen bei intraperitonäalen Rupturen überhaupt kaum in Betracht und es ist also a priori nicht unwahrscheinlich, dass sich Blasenrisse mit Vorliebe an den hinteren oberen Theil des Harnbehälters halten werden.

In der That ergiebt sich aus der Bartels'schen Statistik, dass die Ruptur, wo sie intraperitonäal ist, am häufigsten an der hinteren Wand und am Scheitel erfolgt. Bei Besprechung dieses Verhältnisses weist Bartels darauf hin, wie bei stark gefüllter Blase die Hinterwand durch einen von vornher geführten Stoss an das Promontorium angedrückt und so zum Bersten gebracht werden könne. Damit wäre für die andere oben berührte Möglichkeit ein realer Boden gegeben, dass nämlich die Blase dort am ehesten einen Riss erfährt, wo sie von aussen her den stärksten Gegendruck erleidet.

Der letale Ausgang, wie wir ihn in den beiden mitgetheilten Fällen zu verzeichnen hatten, ist, wie oben schon erwähnt, die Regel; findet sich doch unter den von Bartels gesammelten 94 Fällen von intraperitonäaler Ruptur nur ein einziger geheilter [1] und ergiebt sich aus der Bartels'schen Statistik doch selbst für die extraperitonäalen Blasenrupturen eine Mortalität von 73 pCt.

Dennoch hätte vielleicht auch in unseren Fällen eine eingreifendere Therapie lebensrettend werden können, wenn die Kranken unmittelbar nach der Verletzung in's Hospital gelangt wären. Dafür scheint wenigstens der eben berührte günstig verlaufene Fall zu sprechen, der 10 Stunden nach geschehener Verletzung von Walter in Pittsburg operirt wurde. Es handelte sich hier [2] um einen 22-jährigen Mann, der im Streite einen Schlag gegen die Unterbauchgegend erhalten. Sofort heftiger Schmerz, der lange anhielt, dabei quälender Harndrang und Unvermögen den Urin zu entleeren, Uebligkeit, Erbrechen, kleiner frequenter Puls. Nach einigen Stunden Auftreibung des Unterleibes. Mittelst des Katheters liess sich eine geringe Menge blutigen Urins entleeren. Durch einen 6 Zoll langen Schnitt in der Linea alba wurde die Bauchhöhle eröffnet, der Peritonäalsack, soweit möglich, mit Schwämmen von Blut und Harn gereinigt und es zeigte sich, dass im Fundus[3] vesicae ein 2 Zoll langer Riss bestand. Dieser Riss wurde nicht vernäht, der die Bauchhöhle öffnende Schnitt aber sorgfältig geschlossen, ein permanenter Katheter eingelegt und Opium in grossen Gaben gereicht. Am 10. Tage wurde ein ernährendes Klystier administrirt, in der dritten Woche der Katheter entfernt und fortan nur alle 4 Stunden applicirt. Mit dem Beginn der vierten Woche urinirte Pat. willkürlich und wurde endlich geheilt entlassen.

Ein Fall von Heilung gegen 93 letal verlaufene, das klingt gewiss nicht ermuthigend, aber zu dem einen hat sich, wie oben bemerkt, bereits ein zweiter gesellt, über den ich leider nicht in der Lage bin nähere Details anzuführen, und die trostlosen Resultate, die bisher in fast allen Fällen von Blasentraumen erzielt wurden, dürfen in keinem neuen Fall dem passiven Verhalten des Arztes zur Entschuldigung dienen. In diesem Sinne muss ich mich hinsichtlich der in den beschriebenen Fällen eingeschlagenen Therapie einer Unterlassungssünde schuldig bekennen.

Was die übrigen operativen Eingriffe anbelangt, die zur Heilung der in Rede stehenden Verletzung in Vorschlag gebracht worden sind (Perinäalschnitt und Drainage mittelst eines durch die Operationswunde in die Blase und weiter durch den Riss in die Bauchhöhle eingeführten Rohres, Punction der Excavatio rectovesicalis vom Mastdarm aus, Laparotomie mit genauer Vernähung der Blasenwunde, resp. Anheftung der Risslefzen an die Ränder der Bauchwunde), so lässt sich über den relativen Werth derselben kein Urtheil gewinnen, so lange sie, wie bisher, nur in ganz vereinzelten Fällen zur Anwendung gekommen und nicht im Stande gewesen sind, den letalen Ausgang zu verhindern.

[1] Neuerdings hat Morris noch eine Beobachtung publicirt, wo unter Anwendung der Sonde à demeure Heilung erzielt wurde.

[2] M. Bartels, l. c.

[3] Es handelt sich hier offenbar nicht um den Fundus im anatomischen Sinne, der ja vom Bauchfell gar nicht bekleidet ist, sondern um den von manchen Autoren fälschlich so bezeichneten Scheitel.

Referate.

Fritz Lewy: Ueber die Methode des Kaiserschnittes nach Porro. (Wiener Klinik. VI. Jahrgang 11.—12. Heft. 1880).

Nach einer kurzen historischen Einleitung über die Sectio Caesarea bespricht Verf. die Modification nach Porro. Kapitelweise werden die einzelnen Akte der Operation an 51 referirten Fällen eingehend behandelt und mancher praktische Wink gegeben. — Interessant vor Allem ist die Statistik. Von 51 Operirten sind: Mütter 23=45,1 % genesen und 28=54,9 % gestorben; Kinder lebend geboren 38=74,51 %, vor der Operation abgestorben 7=13,75 %, unbekannt 6=11,76%. Anders stellt sich die Frage, wenn man nur die Fälle nimmt, wo die Operation im Anfange der Geburt ausgeführt, wo keine Complikation vorhanden und der Kräftezustand der Kreissenden befriedigend. Solcher Fälle sind 31 referirt, von denen 21=67,74% genesen und 10=32,26% gestorben.

Den Schluss der Arbeit bildet ein kurzes Resumé der Methode der Operation, die der Verf., nach den gewonnenen Erfahrungen, als die zweckmässigste angiebt.

Vorliegende Arbeit bietet dem Fachcollegen ein reichhaltiges Material. W.

H. Kraussold: Ein einfacher Apparat zur Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung. (Centralbl. f. Chirurgie 1881. Nr. 5.)

Es soll der in Vorschlag gebrachte Apparat natürlich nicht die Luxation heilen, sondern nur die schlimmsten Begleiterscheinungen dieses Leidens mindern und zum Theil heben. Verf. kann dem Apparat folgendes aus praktischer Erfahrung nachrühmen: 1. er gleicht den wackelnden Gang fast vollständig aus; 2. er verhindert das stetige Hinaufrücken der Trochanteren und Gelenkköpfe und 3. verhindert endlich das Auftreten der compensatorischen Kyphose und der daraus resultirenden schlechten Haltung und Beckenneigung. Der Apparat ist, wie folgt, zusammengesetzt: An einem gut sitzenden Beckengurt werden nach aussen und hinten in der Gegend der Trochanteren zwei concave, handartige Pelotten in der Art eingefügt, dass ihre Rundung genau einen Abguss der Wölbung der Trochanterspitze darstellt und sie sich genau in den Raum zwischen Spina ant. sup. und Trochanter maj. einlegen. Diese Pelotten sind so verschraubbar, dass die Achse der Schraubenbewegung sich schräg von vorne nach hinten erstreckt und so eingerichtet ist, dass der hintere Schenkel der Pelotte beim Schrauben eine stärkere Drehung macht, als der vordere. Vor dem Festschrauben der Pelotten müssen die Schenkel etwas extendirt werden in liegender Lage, verstärkt wird dieser Apparat noch durch eine schmale von der Kreuzbeinplatte des Beckengurts längs der Wirbelsäule nach oben ziehende schmale Stahl-

spange, die zwei seitliche Armhalter hat. Bei stark nach oben und hinten verschobener Stellung der Trochanteren hat Verf. vor Anlegung des Apparats einige Wochen permanente Extension angewandt und dadurch die Trochanteren auf die Höhe der Spina ant. sup. herabgezogen. Der Apparat wird gemacht vom Instrumentenmacher F. Dovell in Frankfurt a. M. T.

Falk (Berlin): Nierendefect. (Virchow's Arch. 1881, Bd. 83 S. 558).

Bei einem 34 J. alten, bei einer Schlägerei aus einem Varix am rechten Unterschenkel verbluteten Gürtler fanden sich rechtsseitig mehrere Anomalien. Die Venenerweiterung war nur am rechten Beine, hier aber, besonders am Unterschenkel, ausgeprägt. Die rechte Hälfte des Schädeldaches war auffällig schmaler, flacher und durchscheinender als die linke; dem entsprechend sind die Gyri cerebr. rechts etwas mehr abgeplattet als links. Endlich, während die beiden Nebennieren sich als normal erwiesen, fehlte die rechte Niere ganz; ebenso die Art. und Vena renal. dextra und der Ureter. dexter; die linksseitigen Nierengefässe, der linke Harnleiter und das Nierenbecken nicht merklich erweitert. Die linke Niere in normaler Lage, ist 12 Ctm. lang, 9 Ctm. breit, 2 Ctm. dick; Kapsel leicht abziehbar, beide Substanzen anämisch; die Wunde ist 1 Ctm. breit, die Markkegel an der Basis ebenfalls, während ihre Höhe 2 Ctm. beträgt.; eine Vergrösserung der Glomeruli und Harnkanälchen ist nicht nachzuweisen. Beide Samenbläschen vorhanden und anscheinend gleich. Au.

Th. R. Pooley (New-York): Ueber die Entdeckung der Anwesenheit und des Sitzes von stählernen und eisernen Fremdkörpern im Auge mit Hülfe einer Magnetnadel. (Archiv für Augenheilkunde v. Knapp und Hirschberg, Band X, Heft 1 u. 3.)

Um sich mit Betimmtheit von der Anwesenheit eines etwaigen eisernen oder stählernen Fremdkörpers im Innern eines Auges überzeugen zu können, verfährt P., von dem Grundsatze ausgehend, dass wenn ein fixer Magnet ein bewegliches Eisenstückchen anzieht, ein fixes Eisenstückchen einen beweglichen Magneten anziehen muss in folgender Weise. Er bringt in die Nähe des mit dem etwaigen eisernen Fremdkörper behafteten Auges eine an einem feinem Faden suspendirte, freischwebende Magnetnadel, und sieht nun zu, ob diese vom Auge, oder besser gesagt, von dem in diesem sich findenden Fremdkörper angezogen wird; ist dieses der Fall, so schliesst Verfasser daraus mit Sicherheit auf das Vorhandensein eines eisernen oder stählernen Fremdkörpers im Innern des Auges. Um den Effect der Anziehung zwischen Eisenkörper und der Magnetnadel zu erhöhen, macht P. durch Bestreichen des verletzten Auges mit einem Electromagneten den ersteren magnetisch. Je nachdem nun der im Auge sich findende Eisen- oder Stahlsplitter oberflächlicher oder tiefer sitzt, grösser oder kleiner ist, wird seine Wirkung auf die Magnetnadel eine verschieden starke sein, und ist es Verfasser bei seinen Experimenten mit Thieraugen gelungen aus dem Grade der Anziehung der Nadel wichtige Schlüsse über Lage und Grösse des Fremdkörpers zu ziehen,(?[1]) was selbstverständlich für die Wahl des therapeutischen Eingriffs und dessen Gelingen von der grössten Bedeutung sein muss. Von besonderer Wichtigkeit scheint uns die Anwendung beschriebener Untersuchungsmethode in Fällen zu sein, wo der Fremdkörder im Auge derartig gelagert, oder die brechenden Medien des Auges so stark getrübt sind, dass er der ophthalmoskopischen Untersuchung unzugänglich ist, — in Fällen also in denen man bisher sich nicht einmal mit Sicherheit von der Existenz eines solchen im Auge überzeugen konnte. P. hat genannte Untersuchungsmethode durch vielfache Experimente erprobt und hat sich dieselbe bereits in der Praxis bewährt. L.

Beck: Zur expectorirenden Wirkung des Apomorphins. (Deutsche med. Woch. 1881, № 12).

Der Verf. hat das Apomorphin als expectorirendes und hustenlinderndes Mittel vielfach angewandt und zwar meist mit gutem Erfolge. Bei acutem Bronchialkatarrh verflüssigte sich unter Apomorphingebrauch rasch das Secret. Bei chronischen Katarrhen und besonders beim Catarrhe sec (*Laennec*) erfolgte eine erhebliche Linderung des Hustens und der Druckbeschwerden. Besonders günstig war der expectorirende Effect bei Bronchopneumonien nach der Krisis oder Lysis. Der Verf. verordnete meist:

Rp. Apomorphini muriatici 0,06—0,08
Acidi muriatici diluti 1,0
Aquae destillatae 120,0
Syrupi simplicis 30,0

MDS. Erwachsenen alle 2—3—4 Stunden 1 Esslöffel.
Kindern von 3—10 Jahren stündlich 1 Theelöffel. Rr.

[1] (Uns will es scheinen, als ob die Anziehung eines mehr oberflächlich gelegenen kleinen magnetischen Eisensplitters auf die Magnetnadel, und die eines grösseren aber tiefer gelegenen sich ziemlich ausgleichen müssten, und erscheinen uns desshalb die auf Grösse und Lage des Splitters aus dem Grade der Anziehung der Nadel zu folgernden Schlüsse in ihrer Berechtigung fraglich. — Ref.)

P. Baumgarten (Königsberg): Zur Contagiosität der Tuberculose. (Centralblatt. f. d. med. Wissenschaften № 15. 1881).

Verfasser erzielte durch Einspritzen von nur wenigen Tropfen Blut soeben getödteter, an hochgradiger allgemeiner Impftuberculose leidender Thiere in die vordere Augenkammer von Kaninchen fast regelmässig eine typische Augen- und nachfolgende Allgemeintuberculose dieser. Blut gesunder Thiere in die vordere Augenkammer von Kaninchen gebracht, wird resorbirt ohne irgend welche Folgen zu hinterlassen, Blut septischer Thiere in gleicher Weise applicirt, ruft eine mehr weniger heftige Entzündung des Auges hervor, welche zu acuter oder chronischer allgemeiner Sepsis führen kann, niemals jedoch locale Augen- oder allgemeine Tuberculose zur Folge hat. — Verfasser hält nach seinen Versuchen die specifische Contagiosität des Blutes tuberkelkranker Thiere für erwiesen. L.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

M. Horwitz: Eine geburtshilfliche Excursion nach Paris. St. Petersburg. K. Ricker. 1880. 8° 32 S. russ.

In vorliegender Broschüre schildert Verf. die Eindrücke, die er bei einer Wanderung durch die hervorragendsten geburtshilfl. Institute von Paris gewonnen, und bespricht sie in anregender fesselnder Weise. In der geburtshilfl. Klinik des Prof. Depaul ist er Zeuge, wie bei engem Becken, — Conj. diagon. 10 Ctm. — die klassische französische Zange angelegt wird, beim Besuch der Krankensäle fällt ihm auf, dass kein Mal eine innere Untersuchung vorgenommen wurde, die Studenten sind blosse Zuschauer, nehmen activ gar nicht Theil. Die augenblicklich im Bau begriffene neue Klinik, die nach Depaul's Bestimmungen von Ginain ausgeführt wird, veranlasst ihn zu den Ausdrücken hoher Anerkennung. Sie ist von mittlerer Grösse, kann gegen 1000 Gebärende jährlich aufnehmen, und diese Zahl ist nach Ansicht des Verf. nicht zu hoch. Nur macht er zur Bedingung, dass niemals Ueberfüllung eintreten darf, immer vorräthiger Raum vorhanden sein muss; er sagt etwa: wenn ihr ein Hospital für 500 Gebärende pro anno baut, so baut es so gross, als wenn es für 800 bestimmt wäre und ihr werdet nie schlechte Resultate haben. Die weltberühmte Maternité unter der Leitung von Tarnier wird besorgt von dem Director, seinem Gehülfen und zwei Studenten (Interne), in Wirklichkeit jedoch von der Sage-femme en chef mit einem ganzen Heer von Hebammen. Der Hebammenunterricht wird zum Theil auch von Hebammen besorgt, und das giebt Verf. Gelegenheit zu dem glücklichen Citat: a bove majore discit arare minor. Das grosse Material der Maternité geht auf diese Weise für die Wissenschaft und für die Lernenden fast ganz verloren. Erkrankte Wöchnerinnen werden in ein besonderes Lazareth gebracht, und nicht von den Anstaltsärzten behandelt. Der ‹Pavillon Tarnier› ist ein kleines zweistöckiges Gebäude, das in jedem Stocke ein centrales Zimmer für die Krankenpflegerin und 4 periphere kleine Krankenzimmer hat, die unter einander unmittelbar nicht zusammenhängen; die Gebärende bekommt ein solches Zimmer, und verlässt es blos bei ihrem Austritt. In 3½ Jahren sind in diesem Pavillon 710 Geburten gewesen, Letalität: 1 : 118, während in der Maternité das Verhältniss 1 : 42 betrug. Doch sind diese Resultate zum Theil dadurch zu erklären, dass sehr wenig patholog. Geburten vorkommen, andererseits besteht der Pavillon zu kurze Zeit, um über das System endgültige Schlüsse zu erlauben. Eines kann man aber jetzt schon sicher sagen: Die grossen Gebärhäuser in derartige Pavillons zu zertheilen, ist unmöglich, der Kosten und der wirthschaftlichen Schwierigkeiten wegen. In das Detail einzugehen, ist nicht möglich. Jedem, den der Gegenstand interessirt, kann die Lektüre des Originals nur empfohlen werden. S—t.

Johannes v. Holst: Conceptionstermin und Schwangerschaftsdauer. Dorpat und Fellin. Verlag von E. J. Karow's Universitätsbuchhandlung.

Ob die menschliche Schwangerschaft mit der Befruchtung des Eies der letzten normal verlaufenden Menstruationsperiode beginne, oder ob dieselbe von der Ovulation zu rechnen sei, deren Menstruation ausblieb, d. h. ob die Schwangerschaft 10 resp. 9 Mondsmonate dauere, das ist die seit circa 10 Jahren entbrannte Streitfrage, die in vorliegender Schrift vom Standpuncte eines gewiegten Praktikers kritisch beleuchtet wird. H. hält die alte Anschauung noch für zu Recht bestehend und sucht dieselbe auf einem bisher noch nicht betretenen Wege als richtig zu erweisen, indem er den objectiven Untersuchungsbefund der 5. und 6. Schwangerschaftswoche (alte Rechnung) resp. 1. und 2. Woche (neue Rechnung) zur Lösung der Frage verwerthet. Vf. ist der Meinung, dass sich zu dieser Zeit stets eine deutliche Vergrösserung des Organs in allen seinen Dimensionen nachweisen lasse, was entschieden zu Gunsten der alten Anschauung spreche, da bei Zugrundelegung der neuen Rechnung in einer Zeit, wo das Ei sich noch in der Tube (1. Woche der neuen, 5. der alten Rechnung) oder erst seit 3 bis 4 Tagen im Uterincavum befinde (2. Woche der neuen, 6. der alten Rechnung) eine solche Vergrösserung des Uterus a priori äusserst unwahrscheinlich erscheine. Ferner werden auch die s. g. subjectiven Schwangerschaftszeichen zur Stütze der alten Anschauungen hinzugezogen. Die s. g. pro-

trahirte Gravidität, wo die Geburt nach Ablauf von 11 Menstruationsintervallen erfolgt, wird in der Arbeit auch eingehend berücksichtigt und für diese Ausnahmefälle die Möglichkeit statuirt, dass die Conception in dem späteren, nicht von Blutung begleiteten, Ovulationstermin erfolgte. Diese Schwangerschaften sind somit nur scheinbar protrahirte, denn de facto dauern sie auch nur 10 Menstruationsintervalle.

Selbstverständlich werden vom Verf. auch alle in den letzten 10 Jahren erschienenen einschlägigen Arbeiten kritisch besprochen, so namentlich die von Kundrat und Engelmann, Leopold etc., doch mangelt uns leider hier der Raum, genauer auf diesen Theil der Schrift einzugehen.

Denjenigen Collegen, die sich für die Frage interessiren, kann die Schrift von H. nur bestens empfohlen werden, da sie in derselben alles einschlägige Material finden. W.

Prof. Ed. v. Wahl: Krankheiten der Knochen und Gelenke im Kindesalter. Mit 16 Holzschnitten.

Dieses Werk bildet einen Theil der zweiten Abtheilung des sechsten Bandes von Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten, und hat daher die gleich elegante Ausstattung wie das ganze Werk. Es behandelt nicht alle unter diesem Titel zu subsummirenden Gegenstände, denn viele derselben sind eben der grossen Anlage des Sammel-Werkes zu Folge den von anderen Autoren abgehandelten Capiteln zugetheilt. In dem v. Wahl'schen Werke ist die allgemeine Chirurgie der Knochen und Gelenke enthalten, sowie specielle Besprechung einzelner Krankheiten, wie Coxitis, Gonitis, Genu valgum etc. Die allgemeinen Eintheilungen der Krankheiten sind sehr ansprechend, weil einfach, practisch und klar, so kennt Verf. nur drei Gruppen von entzündlichen Knochenkrankheiten, welchen alle anderen zugetheilt werden können, die Namen sind alt bekannte: Periostitis, Osteomyelitis und Ostitis, doch ist der supponirte Begriff theilweise ein neuer, denn Ostitis nennt Verf. ausschliesslich die entzündliche Erkrankung der spongiösen Knochen, an Röhren-Knochen giebt es nur die beiden erstgenannten Leiden, d. h. Entzündungen, die im Mark oder Periost ihren Anfang nehmen, weil hier der Lebensprocess bei Entstehung und Fortwachsen des Knochens am lebhaftesten ist. Bei spongiösen Knochen findet schon die Bildung des Knochens nach «endochondralem Typus» statt, und auch später spielt das Periost eine untergeordnetere Rolle im Leben des Knochens, als beim Röhrenknochen. Sehr einleuchtend ist ferner z. B. die Besprechung der Gründe, aus welchen die typischen Stellungen bei Coxitis entstehen. In den ersten Stadien, in denen noch keine oder wenig Schwellung um das Gelenk aufgetreten, stellt sich das Bein in Flexion, Abduction und Rotation nach aussen, weil bei dieser Stellung die Gelenkhöhle die grösste Capacität hat (Bonnet) und weil in Rückenlage das Bein in dieser Stellung am besten unterstützt, mithin das Gelenk am sichersten vor unliebsamen Bewegungen geschützt ist; aus diesen beiden Gründen wählt der kleine Pat. diese Stellung. Beginnt nun stärkere Schwellung, wird die äussere Seite der Coxa empfindlich, so wird damit die erste Stellung unerträglich, und es wird das kranke Bein auf das gesunde gelagert in Flexion, Adduction und Rotation nach innen. Dieselbe Stellung kann ja wohl auch durch Pfannenwanderung, Luxation nach aussen bedingt sein, doch ist letzteres durchaus nicht immer nöthig, denn es werden die beiden typischen Stellungen schon erzeugt durch «Muskelcontraction, welche der Kranke durchaus bewusst vornimmt, um sein Gelenk in der ihm bequemsten und schmerzlosesten Stellung zu fixiren». Jedem Kapitel ist ein reiches, ausführliches Literaturverzeichniss vorausgeschickt. T.

Prof. Ferd. Leutner: Das Recht im Kriege. Compendium des Völkerrechts im Kriegsfalle. L. W. Seidel und Sohn. Wien 1880. 8°. 162 S.

In Form eines kurz gefassten Lehrbuches behandelt der Verf., indem er die Brüsseler Convention vom 27. August 1874 zu Grunde legt und mit Erläuterungen versieht, dieses nur theilweise erforschte und noch sehr streitige Gebiet. Berechnet ist die Schrift zunächst für das militärische Publicum, sowohl zum Selbststudium, als auch als Lehrbuch für den Unterricht, doch spricht Verf. den Wunsch aus, seine Arbeit möge als Leitfaden für einschlägige Vorlesungen an Universitäten verwendbar erscheinen, da Jedem, der im Interesse der Armee arbeitet, auch die geistige Entwickelung der gesammten wehrfähigen Jugend am Herzen liege. Das Buch liest sich leicht, es ist dem Verf. gelungen, die Materie so zu behandeln, dass trotz des bedeutenden wissenschaftlichen Inhalts man bei der Lectüre nicht den mühsamen Eindruck des Studiums erhält, sondern in anregender Weise über viele Fragen belehrt wird, die in unserer Zeit der allgemeinen Wehrpflicht in hervorragender Weise allgemeines Interesse beanspruchen. Druck und Ausstattung sind gut. S—t.

Russische medicinische Literatur.

№ 121. Wojenno-Medicinski Journal. April-Heft 1881.

Inhalt: a) W. Bechterew: Klinische Temperaturuntersuchungen bei einigen Formen von Geisteskrankheiten. (Schluss).
b) Agapitow: Ueber die künstliche Einführung gasförmiger und flüssiger Körper in die Paukenhöhle durch die Tuba Eustachii. (Schluss).
c) N. Kubassow: Ueber die Wirkung der Arzneimittel durch die Mutter auf den Foetus. (Forts.)
d) N. Scherschenewitsch: Ueber den Einfluss von Chloral, Chloroform und Saponin auf die rothen Blutkörperchen innerhalb und ausserhalb des Organismus.

№ 122. Wojenno-Sanitarnoje Djelo. № 3.

Inhalt: a) M. D.: Ueber Kasernen.
b) N. Goldenberg: Unsere Soldatenzelte.
c) W. Prisselkow: Das Sanitätswesen in der activen Armee während des letzten Krieges. (Forts.)

№ 123. Wratsch. № 21.

Inhalt: a) L. Ljetnik: Behandlung der Syphilis mit subcutanen Quecksilber-Injectionen.
b) D. Dubelir: Die Wärmeabgabe von anästhesirten Körpertheilen.
c) J. Grimm: Mehrere Fälle von Trichinose in St. Petersburg.
d) G. Karrik: Ueber Kumyss. (Forts.)
e) J. Stepanow: Soda bei Verbrennungen.
f) N. Malijew: Incarceratio interna durch eine abnorme Oeffnung des Netzes.
g) K. Jeshow: Behandlung von Intermittens mit Jod.

№ 124. Klinitscheskaja Gaseta. № 21.

Inhalt: a) S. Lewaschow: Subcutane Injectionen von Eisen bei Anämie. (Schluss).
b) Perfiljew: Ein Fall von syphilitischer Pneumonie.
c) W. Masslowski: Ueber die Entwickelung maligner Adenome des Uterus aus gutartigen. (Aus der Klinik des Prof. Slawjanski).

№ 125. Wratschebnija Wedomosti. № 19.

Die ganze Nummer ist N. Pirogow gewidmet und enthält biographische Notizen über denselben, ein Verzeichniss seiner Schriften, Auszüge aus denselben etc.

№ 126. Annalen der chirurgischen Gesellschaft in Moskau. № 14.

Inhalt: a) Prof. N. Sklifassowski: Operative Behandlung der Ankylose des Unterkiefers.
b) N. Rosanow: Einige Fälle von Tetanus.

№ 127. Sdorowje. № 160.

Inhalt: a) Winter: Ueber die Nahrung im Marienhospital für Arme in St. Petersburg.
b) Raspopow: Die Impfung im Waldaischen Kreise.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Kritische Beurtheilung der Methoden, welche zur Trennung und quantitativen Bestimmung der verschiedenen Chinaalkaloide benutzt werden von C. Hielbig. Inaug.-Diss. Dorpat 1880.

— Ein Beitrag zur Kenntniss des Levulins, Triticins und Sinistrins von A. W. von Reidemeister. Inaug.-Diss. Dorpat 1880.

— Das Fibrinferment im lebenden Organismus von L. Birk. Inaug.-Diss. Dorpat 1880.

— Untersuchungen über die Entwickelung des Schultergürtels und des Skelets der Brustflosse des Hechts von G. Swirski. Inaug.-Diss. Dorpat 1880.

— Ueber die Bedeutung der anorganischen Salze für die Ernährung des Thieres von N. Lunin. Inaug.-Diss. Dorpat 1880.

— Beiträge zur Chemie der Laubmoose von Ed. Treffner. Inaug.-Diss. Dorpat 1880.

— Vergleichend-petrographische Studien über die massigen Gesteine der Krym von Al. Lagorio. Dorpat 1880.

— Ueber gelöstes Hämoglobin im circulirenden Blute von Joh. Sachssendahl. Inaug.-Diss. Dorpat 1880.

— Experimentelle und casuistische Studien über Fracturen der Schädelbasis von Nic. Hermann. Inaug.-Diss. Dorpat 1881.

— Das Verhalten der Bacterien des Fleischwassers gegen einige Antiseptica von N. Jalan de la Croix. Inaug.-Diss. Dorpat 1880.

— Studien über die Schreibweise Geisteskranker von Ch. v. Schröder. Inaug.-Diss. Dorpat 1880.

— Das Verhalten des Schimmelgenus Mucor zu Antisepticis und einigen verwandten Stoffen, mit besonderer Berücksichtigung seines Verhaltens in zuckerhaltigen Flüssigkeiten von B. Wenckiewicz. Inaug.-Diss. Dorpat 1880.

— Experimentelle Beiträge zur Physiologie und Pathologie des Blutes der Säugethiere von N. Bojanus. Inaug.-Diss. Dorpat 1881.

— Ueber das Milchsäureferment und sein Verhalten gegen Antiseptica von H. Meyer. Inaug.-Diss. Dorpat 1880.

— Zur Casuistik, Diagnose und operativen Therapie der festen Uterustumoren von E. Ohms. Inaug.-Diss. Dorpat 1881.

— Experimentelle Beiträge zur Pharmakodynamik des Monobromcamphers von R. Peters. Inaug.-Diss. Dorpat 1880.

— Beiträge zur allgemeinen Chirurgie der Schussverletzungen im Kriege von M. Schmidt. Inaug.-Diss. Dorpat 1880.

— Pharmakologische Studien über schwefelsaures Methylstrychnin von J. Faure. Inaug.-Diss. Dorpat 1880.

— Ein Beitrag zur Casuistik der idiopathischen multiplen Hautsarcome von Al. Donner. Inaug.-Diss. Dorpat 1880.

— Untersuchungen zur Entwickelungsgeschichte des Beckengürtels der Amphibien, Reptilien und Vögel von Al. Bunge. Inaug.-Diss. Dorpat 1880.

— Chemisches über die Samen von Xanthium strumarium von A. Zander. Inaug.-Diss. Dorpat 1881.

Tagesereignisse.

— Am 17. Mai c. verstarb hierselbst am Typhus exanthematicus der Redacteur des «Medizinski Westnik» D. Dmitrowski.

— In Wien ist nach längerer Krankheit Prof. Dr. R. Heschl, Nachfolger Rokitansky's auf dem Lehrstuhl der pathologischen Anatomie an der Wiener Universität, im 57. Lebensjahre gestorben. H., der durch zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten über pathologische Anatomie bekannt ist, war zu Anfang der fünfziger Jahre Assistent bei Rokitansky, wurde darauf Professor der Anatomie in Olmütz, darauf in Krakau. Als im Jahre 1861 nach Einführung der polnischen Unterrichtssprache die deutschen Professoren aus Krakau vertrieben wurden, erhielt er eine Professur in Graz und wurde nach dem Tode Rokitansky's als dessen Nachfolger nach Wien versetzt.

Miscellen.

— In der Woche vom 17.—23. Mai c. sind vom Central-Erkundigungsbureau wieder 590 Kranke (543 Männer, 47 Frauen) wegen Mangels an freien Plätzen in den Hospitälern abgewiesen worden.

— Nachdem in Deutschland die Febris recurrens seit dem vorigen Sommer als erloschen angesehen worden, wird neuerdings der «D. med. Wochenschr.» aus dem Magdeburger Krankenhause wieder ein erster Fall von Recurrens gemeldet. Die Diagnose ist durch den Befund der mikroskopischen Blutuntersuchung, welcher in einer Anzahl von Präparaten die charakteristische Spirochaete in grosser Menge erkennen liess, ausser Frage gestellt.

— Die gegenwärtig über ganz Mesopotamien sich erstreckende *Pestepidemie* brach zu Ende des vergangenen Septembers aus. Im November trat sie in *Chenafié* und im Januar in *Djara* auf, wo vom 15.—17. Januar bereits 30 Todesfälle vorkamen. Die bestürzten Einwohner flohen nach *Nedjeff*. Hier starben zu Anfang des März von 7000 Einwohnern binnen 3 Tagen hundert. Der internationale Gesundheitsrath in Constantinopel schreibt den Ausbruch der Pest in Mesopotamien der antihygieinischen Lebensweise der Araber, der sumpfigen Bodenbeschaffenheit, namentlich aber dem Transport von Tausenden von Leichen aus Persien durch Mesopotamien zu den heiligen Gräbern der Muhamedaner in den Städten Kerbela und Nedjeff zu. Der höchste Wunsch religiöser Perser ist, an diesen heiligen Stätten begraben zu werden. So werden die Leichname der Verstorbenen in allen Theilen Persiens aufgesammelt bis ihre Zahl gross genug ist, um sie in Karavanen nach Mesopotamien zu schicken. In Nedjeff allein werden jährlich 10—15,000 Leichen begraben und die Gesammtzahl solcher von Persien importirter Leichen erreicht eine Höhe von 30,000 im Jahre. Selbstverständlich verpesten diese verwesten Leichen (oft von an Typhus und Pest Verstorbenen) sämmtliche Strassen, welche nach Mesopotamien führen und es bleiben die schrecklichen Folgen nicht aus. Vom internationalen Gesundheitsrath in Constantinopel sind energische Massregeln zur Bekämpfung der Pest getroffen worden. Um die Pestherde Nedjeff, Djara u. a. ist ein dreifacher Truppen-Cordon gezogen; innerhalb des ersten Cordons wird auf energische Weise desinficirt, Lazarethe sind eingerichtet und die nöthige Zahl Aerzte dorthin gesandt, 1500 persische Pilger, welche zufällig innerhalb des sanitären Cordons sich befanden, sind unter Aufsicht gestellt worden. Um die Ansteckung von Bagdad und vom Tigris fern zu halten, ist jeder Verkehr von hüben und drüben durch Cavallerie-Truppen abgeschnitten. Westliche Länder haben von dieser Epidemie wenig zu befürchten, denn abgesehen von obigen Massregeln, welche eine Weiterverbreitung der Krankheit verhindern, sind dieselben durch Wüstenflächen von der Küste des Mittelmeeres getrennt. Sollte aber einst die projectirte Eisenbahnverbindung in's Leben treten und damit ein lebhafter Verkehr zwischen diesem Districte und der Küste herbeigeführt werden, so würden die europäischen Länder ernstlich gefährdet sein. Es wäre daher hohe Zeit diesen Pestherd endlich gänzlich auszurotten.

— Wie die Umwandlung gewöhnlicher Wannenbäder in Mineralwasserbäder durch Zusatz von Salzen schon längst üblich ist, so soll es nun auch ermöglicht werden, Moorbäder sich künstlich im Hause herzustellen, und empfiehlt zu dem Zwecke die Firma Mattoni in Franzensbad die von ihr bereiteten und in den Handel gebrachten Präparate: Moorsalz und Moorlauge. Bäder mit Moorsalz allein stellen starke Eisen- oder Soolbäder dar, während Moorsalz und Moorlauge gemischt angewendet werden, um dem Bade auch die Fett- und Modersäuren, Extractivstoffe und flüchtigen Basen des Moorbades mitzutheilen, und es somit einem solchen möglichst ähnlich zu machen. Wie wir in der «Allg. Wiener med. Ztg. (№ 17, 1881) lesen, soll sich dieses Surrogat eines wirklichen Moorbades bereits vielfach nützlich erwiesen haben bei verschiedenen Krankheiten, namentlich solchen, die auf Schwächezuständen beruhen.

Personal-Nachrichten.

Amtliche.

— *Ordensverleihungen*: Der *St. Stanislaus-Orden I. Cl.*: Dem Direktor der Maximilians-Heilanstalt, wirkl. St.-R. Bartsch. Der *Wladimir-Orden III. Cl.*: Dem Gehilfen des ält. Arztes der Kreuzerhöhungs-Gemeinschaft barmherziger Schwestern, Dr. med. Holm. Der *Wladimir-Orden IV. Cl.*: Dem Verweser der Filiale der Maximilians-Heilanstalt, St-R. Winogradow und dem ält. Ord. der Kreuzerhöhungs-Gemeinschaft barmherziger Schwestern, St.-R. Linse.

— *Ernannt*: Der ält. Arzt des L.-G. Jäger-Regiments, St.-R. Grimm — zum Arzt des Departements und technischen Inspectionscomités der Eisenbahnen, mit Belassung in seiner bisherigen Stellung.

Vacanzen.

— *Eine Landschaftsarztstelle* im Kreise *Jelatom* des Gouvern. *Tambow* ist vacant. Gehalt 1000 Rbl. jährlich bei freien Dienstfahrten und freier Wohnung beim Hospital im Flecken Ssassowo. Bewerber haben die nöthigen Documente dem Landschaftsamt des Kreises Jelatom zu übersenden.

— *Eine Landschaftsarztstelle* im Kreise *Ostaschkow* des Gouv. *Twer* ist vacant. Der Arzt hat im Flecken Sselisharow zu wohnen. Gehalt 1250 Rbl. jährlich. Nähere Auskunft ertheilt das Landschaftsamt des Kreises Ostaschkow.

— *Die Hospitalarztstelle* in *Ostaschkow*, Gouv. *Twer*, ist vacant. Der Arzt hat das auf vierzig Betten berechnete Hospital zu leiten und ist zur Privatpraxis berechtigt. Gehalt 750 Rbl. jährlich. Nähere Auskunft ertheilt das Landschaftsamt des Kreises Ostaschkow.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 24. Mai 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	951	350	1301
Alexander- «	758	168	926
Kalinkin- «	—	527	527
Peter-Paul- «	389	158	547
St. Marien-Magdalenen-Hospital	166	73	239
Marien-Hospital	295	472	767
Ausserstädtisches Hospital	533	147	680
Roshdestwensky-Hospital	49	19	68
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	317	147	464
6 zeitw. Hospitäler	823	128	951
Ausschlags-Hospital	20	19	39
Summa der Civilhospitäler	4301	2208	6509
Nikolai-Kinder-Hospital	47	68	115
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	55	56	111
Elisabeth-Kinder-Hospital	29	44	73
Summa der Kinderhospitäler	131	168	299
Nicolai-Militär-Hospital	647	29	676
Ssemenow'sches Militär-Hospital	275	—	275
Kalinkin-Marine-Hospital	245	—	245
Gesammt-Summa	5599	2405	8004

Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	1199	595	1794
Scarlatina	23	20	43
Variola	13	7	20
Venerische Krankheiten	663	524	1187

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 17. bis 24. Mai 1881 besucht von 2499 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1089.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs

für die Woche vom 10. bis 16. Mai 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 791 (Todtgeborene 23). Mortalität der Woche für das Jahr berechnet 61,41 p. M.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr	Unbekannt.
520	271	791	60	40	88	29	13	41	128	110	97	68	38	35	8	7

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 60, Typh. abd. 54, Febris recurrens 50, Typhus ohne Bestimmung der Form 26, Pocken 5, Masern 5, Scharlach 10, Diphtheritis 19, Croup 4, Keuchhusten 2, Puerperalkrankheiten 2, Dyssenterie 1.

— Gehirnapoplexie 12, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 34, acute Entzündung d. Athmungsorgane 101, Lungenschwindsucht 111, Gastro-intestinal-Krankheiten 82, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 40, Marasmus senilis 32, Krankheiten des Gehirns 24, Krankheiten der Lungen 12, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 17, Krankheiten der Bauchorgane 22, Cachexia 26.

— Tod durch Zufall 12, Mord 1.

— Andere Ursachen 27.

Adressen von Krankenpflegerinnen.

Anna Karlowna Mordwin, у Чернышева моста, № 68, кв. 5.
M. Jakimowa, Гороховая, № 77, кв. 15.
Elis. Iwan. Njemtschinowa, На Пескахъ, 7 улица, № 8, кв. 4.
Amalie Schulz, На углу Вознесенскаго и Екатерингофскаго просп., д. Лихачева, № 37/6, кв. 37.
Frl. Helena Fedorowna Stepanenko (Hebamme u. barmherz. Schwester), Почтамтская ул., № 11, кв. 17.
Аполинарія Егоровна Щепоткина (Hebamme) Новая ул., № 11, кв. 28.
Frl. Rasmussen, Обводный каналъ (на углу Измайловскаго просп.) № 21, кв. 30.
Frl. Nürnberg, Мал. Конюшенная, № 1/3, кв. 50.
Frau Eurich, На углу М. Итальянской и Эртелева пер., д. кн. Масальской, № 1/12, кв. 19.
Elisab. Karlowna van der Vliet (Hebamme und Krankenpflegerin) На углу большой Мастерской и Торговой улицѣ, д. № 11/7, кв. 10.
Frau A. Jordan, Введенская ул., д. Зонтикова, кв. № 2.
Anna Andrejewna Bitt, Свѣчной переулокъ, д. № 8, кв. 10.
Anna Nikolaewna Nikolaewa, у Пустаго рынка, Рыночная ул., д. Пыльнева № 8, кв. 5.
Elis. Wass. Ospitschewa, Невскій просп. д. № 110, квар. № 11.
Caroline Krause, Измайловскій полкъ, 3 рота, домъ Общества дешев. кварт., № 7, комн. № 90.
Amalie Ritter, По Лиговкѣ, д. 8, 4-я лѣстница, 15-й корридоръ, 18-я комната.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 29 Мая 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh., Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

ST. PETERSBURGER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg, Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 23. St. Petersburg, 6. (18.) Juni. 1881.

Zur Frage von der Verbrennung des Zuckers im Körper.

Von

M. Afanassjew.

(Aus der Klinik des Prof. E. Eichwald).

Zu Ende des Jahres 1879 wurde ins klinische Militär-Hospital ein Kranker aufgenommen, der Gouvernements-Secretär G., der in der Folge unter den Erscheinungen einer schweren Form von Diabetes gestorben ist. In den ersten Tagen nach der Aufnahme in die Klinik producirte der Kranke bis zu 10 Liter Harn täglich von specifischem Gewicht 1,035—1,036. Der Procentgehalt an Zucker im Harn stieg zu Zeiten bis zu 8,75 pCt. Die grösste, im Verlauf von 24 Stunden im Harn ausgeschiedene Zuckerquantität betrug 500 Gramm, Harnstoff 54 Gramm. Als sehr auffallendes ätiologisches Moment musste man bei diesem Kranken in Betracht ziehen den Missbrauch einer jeden Art von stärke- und zuckerhaltiger Nahrung; so liebte der Kranke ungemein Zuckersaft, und versorgte sich, während er in der Provinz lebte, mit grossen Vorräthen von Zuckersaft zum eigenen Gebrauch für das ganze Jahr. Ein bis zwei Pfund Zuckersaft zu verzehren, verursachte ihm gar keine Beschwerden.

Wenn man den augenblicklichen Stand der Diabetes-Frage in Berücksichtigung zieht, so gewinnt man für Kranke mit einer derartigen Aetiologie in Betreff der veranlassenden Ursache für das Erscheinen von Zucker im Harn zwei Gesichtspunkte: *entweder* werden die Leber und wahrscheinlich noch andere Gewebe insufficient im Sinne von Organen, die Zucker in Form von Glycogen fixiren, und daher stammt die Anhäufung von Zucker im Blut und die Ausscheidung desselben im Harn, *oder aber* die Function der Leber und anderer Gewebe als Organe der Assimilation ist normal, die Verbrennung des Zuckers im Blute ist hingegen aus irgend welchen Gründen vermindert, und daher kommt die Anhäufung im Blut und die Ausscheidung im Harn und in anderen Secreten.

Prof. Eichwald, von dem Gedanken ausgehend, dass sowohl in dem einen, als auch in dem anderen Falle die Quantität des Zuckers im Blute des Diabetikers je nach der Zusammensetzung der Speise bedeutenden Schwankungen unterliegen muss, schlug mir vor, bei diesem Kranken Temperaturbeobachtungen anzustellen, während derselbe ein Mal fast ausschliesslich mit Eiweiss, ein anderes Mal fast ausschliesslich mit Kohlehydraten (unter Anderem bis zu 1 Pfd. Zuckersaft pro Tag) genährt wurde. Da nach den heutigen Anschauungen den Kohlehydraten der grösste Antheil an der Wärmebildung im Körper zugeschrieben wird, so war es interessant zu erfahren, wie sich der Organismus des Diabetikers zur übermässigen Anhäufung von Zucker im Blut verhalten würde, ob er irgend welche Temperaturveränderungen zeigen würde oder nicht.

Offenbar hat diese Frage nicht nur klinisches, sondern auch physiologisches Interesse.

Was die Literatur dieser Frage betrifft, so existiren, wie bekannt, nur Beobachtungen über die niedrige Körpertemperatur der Diabetiker überhaupt; wie dieselbe sich im Verlaufe der 24 Stunden ändert, ebenso wie bei verschiedener Zusammensetzung der Nahrung, darüber finden wir keinerlei Daten, sogar bei solchen Autoren, die sich speciell mit dem Stoffwechsel der Diabetiker beschäftigen. (Gaehtgens, Pettenkofer, Voit, Huppert, Kratschmer u. A.).

Gleichzeitig mit der Körpertemperatur (5—8 Mal am Tage) wurde von mir die vom Diabetiker zu nehmende Quantität Getränk und flüssige Nahrung notirt, die 24-stündige Harnmenge, ihr specifisches Gewicht, und der Procentgehalt an Zucker. Die quantitative Zuckerbestimmung wurde nach der Fehling'schen Methode ausgeführt und gleichzeitig mit dem Polarisations-Apparat von Soleil-Ventzke, einige Male des Vergleiches halber mit dem

Polartrabometer von Wild (im chem. Kabinet der Universität bei Prof. Butlerow). Die Beobachtungen zogen sich durch 3 Wochen hin.

Die Resultate dieser Untersuchungen kann man in Folgendem ausdrücken:

1) Wenn man den Kranken fast ausschliesslich mit Eiweiss oder Kohlehydraten füttert, so ergiebt sich ein Einfluss blos auf die Quantität des im Harn ausgeschiedenen Zuckers, die Temperatur des Kranken zeigt keine Veränderungen. So wurden z. B. in einem Falle bei Eiweiss-Nahrung durch den Harn 136,5 Grm. Glykose entleert, der Harn enthielt dieselbe in einem Verhältniss von 5 pCt., in einem anderen Falle bei Kohlehydrat-Nahrung wurden 352 Grm. Glykose ausgeschieden bei einem Gehalt des Harns von $8^1/_4$ pCt. u. s. w. Die Temperatur zeigte im ersteren Falle Schwankungen von 37,0°—37,2° (in axilla) während 24 Stunden, im zweiten Falle aber zeigte der Thermometer fortwährend 37,0°.

2) Die normalen Schwankungen der Tagestemperatur, wie sie von vielen Untersuchern festgestellt sind (Lichtenfels und Fröhlich, Wunderlich, Jürgensen, Liebermeister u. s. w.) waren bei unserem Kranken schwach ausgeprägt, fehlten sogar zuweilen vollkommen. Gewöhnlich schwankte die Temperatur des Kranken ungefähr um 37,0° (Min. 36,9° — Max. 37,2°) obgleich er eine Mastdarmfistel hatte, welche beständig ein wenig eiterte, und die Temperatur über der Normalhöhe hätte erhalten können. Wenn wir die Anschauungen Liebermeister's [1] über die Ursachen der Schwankungen der Tages-Temperatur ins Auge fassen, als da sind: der Einfluss der Muskelanstrengung, der geistigen Thätigkeit, der Einfluss von Trank und Speise, des Schlafes und endlich der Gewohnheit oder besser gesagt der Vererbung, so erregt in der Anwendung auf unseren Kranken dessen Lebensweise während der Dauer der Beobachtung Interesse. Der Kranke befand sich wegen allgemeiner Schwäche fast beständig in einem und demselben Zimmer von mehr oder weniger constanter Temperatur und sass oder lag im Bett. Den ganzen Tag über, zuweilen auch Nachts, nahm er von Zeit zu Zeit immer entweder Speise oder Trank zu sich. Der Kranke schlief sowohl am Tage als auch in der Nacht, im Ganzen aber sehr wenig, wachte häufig auf, um Wasser zu lassen oder aber seinen Durst zu stillen. Sowohl Tags als auch Nachts beschäftigte sich der Kranke in der von Essen oder Schlafen freien Zeit mit leichter Lectüre, Romanen etc.

Ein ähnliches Resultat in Betreff der Schwankung der Tages-Temperatur erhielt ich in einem anderen schweren Diabetesfall, — bei einem Schlosser K., — den ich im laufenden Universitätsjahr in derselben Klinik beobachtet habe. Bei diesem Kranken schwankte die Temperatur in axilla im Verlauf von 24 Stunden um 36,5° herum (Min. 36,3°, — Max. 36,7°), im Rectum ungefähr um 37,0° (Min. 36,9°, — Max. 37,1°). Dieser Kranke ging viel umher, war im allgemeinen Krankensaal placirt, und ordnete sich in seiner Lebensweise allen Anforderungen der Hospital-Ordnung unter.

Die oben dargelegten Thatsachen im Verein mit dem anderen allgemein bekannten Factum, dass die mittlere Körper-Temperatur bei den Diabetikern erniedrigt ist, weist auf eine Veränderung in den Assimilationsbedingungen und der Verbrennung des Zuckers im Körper der Diabetiker hin. Natürlich habe ich hier nicht diejenigen Fälle im Auge, wo die Kranken in Folge von Complication mit entzündlichen Erkrankungen fiebern.

Was mit dem Zucker im Blute gesunder Thiere geschieht, ob er dort verbrennt, oder aber zuerst in die Organgewebe übertritt, dort etwa als Glykogen fixirt und später erst oxydirt wird und zwar allmählich, z. B. bei der Muskelarbeit u. s. w., — das ist eine Frage, die bis hiezu offen steht. In der Literatur sind die widersprechendsten Ansichten zu finden in Betreff der Frage, ob der Traubenzucker im Blute gesunder Thiere verbrennt oder nicht (Claude Bernard, Pettenkofer und Voit, Pavy, Scheremetjewski, Mering und Zunz u. A.).

Indem ich von den neuesten Untersuchungen Pflüger's [1] und seiner Schüler ausging, die die eminente Bedeutung der Gewebe selbst, speciell des *lebenden Parenchyms* bei allen Assimilations- und Desassimilationsprocessen der Gewebe und folglich auch bei der Wärmebildung im Körper nachweisen, unternahm ich folgende Versuche an Hunden, um die Frage von den Bedingungen, unter welchen der Zucker im Körper verbrennt, klarer zu stellen.

Einige Zeit lang wird der Hund unter bestimmter Diät gehalten, dann bekommt er am Abend ein Abführmittel. Am anderen Tage bekommt der Hund blos Rohrzucker zur Nahrung (etwa 4—6 Unzen ein Hund von $8^1/_2$ Kilo Gewicht) und etwas Wasser. Dann wird das Thier auf 24 Stunden in einen Käfig gesetzt, der Harn wird gesammelt und quantitativ auf Glykose untersucht, wobei es mir einige Male gelang von $^1/_4$—1 pCt. Glykose nachzuweisen. (Zu den Analysen kleiner Quantitäten Zucker benutzte ich die Anweisungen von Seegen und Lecorché). Man erhält die sogenannte Nahrungs-Glykosurie. Ausserdem wurde die Aufmerksamkeit auf die Temperatur und das Körpergewicht des Thieres gewandt. Wenn man nun denselben Hund, den man mit Zucker gefüttert hat, Muskelarbeit verrichten lässt, und ihn starker Abkühlung unterwirft (Bäder von 0°), so muss man a priori erwarten, dass eine starke Wärmeentwickelung im Körper stattfinden wird, eine bedeutende Assimilirung und Verbrennung der Kohlehydrate, folglich ist die Möglichkeit vorhanden, dass in diesem letzteren Falle kein Zucker im Harn gefunden wird. Factisch fand sich in zwei Versuchen, die ich in dieser Richtung ausführte, eine bedeutende Verminderung des Zuckers im Harn *unter den letzteren Bedingungen.*

Eine Erklärung der gewonnenen Thatsachen, sowie eine ausführliche Darlegung der Literatur dieser Frage und meiner Beobachtungen und Experimente gebe ich vorläufig noch nicht, da die Untersuchungen noch fortgesetzt werden.

[1] Liebermeister. Handbuch der Pathologie und Therapie des Fiebers. Leipzig 1875, pag. 87—92.

[1] Pflüger: Ueber die Diffusion des Sauerstoffs und die Gesetze der Oxydationsprocesse im thierischen Organismus. Pflüg. Arch. Bd. VI.

Ueber die physiolog. Verbrennung in den lebendigen Organismen. Pflüg. Arch. Bd. X.

Ueber Temperatur und Stoffwechsel der Säugethiere. — Ueber Wärmeregulation der Säugethiere. Pflüg. Arch. Bd. XII u. A.

Referate.

G. Ruecker: Experimentelle und casuistische Beiträge zur Lehre von der Höhlenpression bei Schussverletzungen des Schädels. (Inaug. Dissert., Dorpat 1881).

Die Schussversuche geschahen mit dem Lefaucheux-Revolver; sie führten nicht zu den colossalen Zerschmetterungen der Schädelkapsel, welche Busch, Kocher, Heppner u. A. herbeiführten, indem sie aus gezogenen Gewehren à bout portant feuerten. Benutzt wurden Leichen, deren Hirn theils den gewöhnlichen Feuchtigkeitsgrad, theils in Folge von Wasserinjectionen gesteigerte Spannungsverhältnisse zeigte, deren knöcherne Schädelkapsel theils intact belassen, theils trepanirt war. Nur in jenen Fällen, in denen die Knochen unverletzt und das Blutgefässystem mit Wasser gefüllt war, traten indirecte Fissuren der Basis ein, *an der Siebbeinplatte* eben sowohl wie *im Bereich der mittleren und hinteren Schädelgrube*. R. führt sie auf Höhlenpression zurück; dafür sprächen: 1) Das Herausspritzen des Hirns in der Richtung zum Schützen. 2) Isolirte bisher noch nicht beobachtete Fissuren der Lamina externa des Stirnbeins. 3) Der Verlauf der Knochensprünge an der Basis. Dieselben nehmen nicht die Richtung, in welcher das Geschoss einherflog, sondern stehen zu dieser Richtung bisweilen selbst genau senkrecht. Au.

G. Szapiro: Klinische Beobachtungen über den Einfluss der Körperstellung und der Compression der peripherischen Arterien auf die Thätigkeit des Herzens. (Wratsch NNr. 10, 11 u. 13.

Seit Bryan-Robinson die Unterschiede des Pulses bei verschiedener Körperstellung constatirt hat, sind vielfach darüber Untersuchungen angestellt worden, die zu oft stark einander widersprechenden Resultaten geführt haben. Dieses erklärt Vf. dadurch, dass die verschiedenen Autoren sich verschiedener Untersuchungsmethoden bedient haben und beweist es durch zahlreiche Citate aus der med. Literatur.

Auf Vorschlag von Prof. Eichwald hat Vf. sowohl an Gesunden wie Kranken Beobachtungen angestellt.

I. An 50 *Gesunden* schwankte die Beschleunigung des Pulses beim Uebergang vom Liegen zum Stehen von 2—34 Schläge, durchschnittlich wurde der Puls um 14 Schläge beschleunigt.

Vf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1) Wenn der Gesunde sich aus der verticalen Stellung in die horizontale begiebt, wird der Druck im Arteriensystem erhöht.

2) Das Resultat dieser Druckerhöhung beim Gesunden besteht in einer deutlichen Pulsverlangsamung und zeigt die Pulscurve dabei die charakteristischen Veränderungen.

3) Eine ähnliche Verlangsamung des Pulses nebst Curvenänderung stellt sich ein, wenn in horizontaler Lage beide Cruralarterien stark comprimirt werden.

II. Beobachtungen an Kranken.

Bei Patienten, die an Stenosis des Ostium venosum sinistr. litten, fand sich die bei Gesunden beobachtete Pulsverlangsamung nicht wie es schon seinerzeit von Graves beschrieben, der darin etwa pathognomonisches für Herzfehler gefunden zu haben meinte. Dieses widerlegt Vf., indem er ganz dieselbe Erscheinung auch bei Typhus und Marasmus constatiren konnte, und der Ansicht ist, dass die Pulsverlangsamung beim Hinlegen nicht stattfindet, sobald die Innervation und die Muskulatur des Herzens in ihren Functionen alterirt sind. P.

Prof. R. Chrobak (Wien): Zur Discission des Cervix. (Wien med. Presse. № 1. 1881.)

Verf. hat die Discission des Muttermundes sehr oft ausgeführt, und giebt unter allen Operationsmethoden derjenigen von Marckwald, der aus den Muttermundslippen je ein Stück eines Kegelmantels excidirt, den Vorzug. Für Fälle jedoch, welche man im Hospital nicht behandeln kann, welche sich nicht genügend schonen können, und daher ambulatorisch gewissermaassen zu behandeln sind, hat er sich ein Verfahren ersonnen, das übrigens nur dann indicirt ist, wenn blos der äussere Muttermund zu erweitern ist. Er führt, wie bei der Operation der Syndaktylie, zuerst einen Bleidraht durch die Substanz der Vaginalportion, und wenn der Stichkanal vernarbt ist, wird durch denselben eine elastische Ligatur geführt und fest geknüpft. Sie schneidet in 8—12 Tagen allmählich durch und wenn dann die Vernarbung der getrennten Flächen noch nicht perfect ist, wird mit Lapis nachgeholfen. Verf. will sein Verfahren durchaus nicht an Stelle des blutigen setzen; für einige Fälle sei es aber angenehm, eine blutige Operation zu vermeiden, so, wenn die Patienten ihrem Berufe nachgehen müssen, und dann auch etwa bei chron. Entzündungen des parametralen Gewebes. S—t.

Zander (Eschweiler): Zur Lehre von der Aetiologie, Pathogenie und Therapie der Rhachitis. (Virchow's Arch. 1881, Bd. 83, S. 377 ff.)

Von der bis jetzt ganz unbegründeten Hypothese Seemann's ausgehend, dass die Grundursache der Rhachitis in einer mangelhaften Bildung von freier Salzsäure zu suchen sei, aus welcher wieder eine mangelhafte Ablagerung von kohlensaurem und phosphorsaurem Kalk resultire, schliesst Verf., dass die Rhachitis nur durch eine mangelhafte oder regelwidrige Zusammensetzung der zur Fristung des Lebens genossenen Nahrungsmittel bedingt sein könne. Er hat deshalb die Nahrung (3) Rhachitischer, aber stets mit Muttermilch aufgezogener Kinder untersucht und zwar neben den physikalischen Eigenschaften nur die hier zunächst in Betracht kommenden Basen und Säuren d. h. also Kali und Natron, Chlor und Phosphorsäure quantitativ bestimmt. Aus Control-Analysen der Milch von solchen Frauen, deren Kinder gesund sind und keine Symptome der Rhachitis zeigen, ermittelte Verf. in Uebereinstimmung mit Bunge, dass sich in derselben das Natron zum Kali in einem Verhältniss von 1 : 2½ und das Chlor zur Phosphorsäure in einem Verhältniss von 1 : 1—2 befindet. In der Milch nun, welche den (3) rhachitischen Kindern zur Nahrung diente, fand sich dieses Verhältniss erheblich alterirt, derart, dass die Kalisalze und die Phosphorsäure stark überwiegen. In diesem Missverhältniss, welches zur Folge hat, dass die Natronsalze und das Chlor unbenutzt aus dem Organismus ausgeschieden werden und die Bildung einer für Verflüssigung der durch das Labferment gewonnenen Eiweissstoffe und zur Lösung und Transportfähigkeit der Kalksalze hinreichenden Menge freier Salzsäure im Magen nicht erfolgen kann, sieht Verf. die Grundursache des rhachitischen Krankheitsprocesses. Die Kalksalze sind alsdann nicht in hinreichender Menge vorhanden; in Folge dessen kann auch die Consolidation der Knochen nicht vor sich gehen. Durch die Störung in der Bildung freier Salzsäure leidet aber nothwendigerweise auch Magenthätigkeit und Verdauung: es werden dadurch Erscheinungen bedingt, wie sie bei jedem rhachitischen Kinde beobachtet werden. Die Therapie hat alsdann einfach in der Beseitigung des Missverhältnisses und in der Wiederherstellung der richtigen Zusammensetzung der dem Kinde nöthigen Milch zu bestehen, wobei nur zu berücksichtigen ist, dass der Salzgehalt nicht zu gross wird und dem der normalen Milch entspricht. Bei selbststillenden Frauen ist eine Verbesserung der Milch durch einen genügenden Zusatz von animalischer zu der vegetabilischen Kost zu erzielen. Als Surrogat für die fehlende Muttermilch bleibt nur die Kuhmilch, welche aber auch viele Schattenseiten hat: durch mässige Verdünnung (von ⅓—¼ Wasser) ist ihr Gehalt an Eiweissstoffen und Fetten, durch Zusatz von Milchzucker (10 Grm. pro Lit. Milch) der Gehalt an diesem, und durch entsprechenden Zusatz von Chlornatrium (½—1 Grm. pro Lit. Milch) der Gehalt und das Missverhältniss von Natron zu Kali, sowie von Chlor zur Phosphorsäure zu verbessern.

Seeligmüller: Ueber Arseniklähmung. (Separatabdruck aus der Deutsch. medic. Wochenschr. 1881. № 14 ff.)

Der Verf. berichtet über 4, von ihm im Laufe der letzten Jahre beobachtete Arseniklähmungen, von denen 2 acut, durch directe Einführung von As_2O_3 per os, 2 chronisch entstanden waren, in letzterem Falle ein Mal durch längeren Aufenthalt in Räumen, in welchen mit Arsenik gegen Insectenfrass geschützte Thierbälge, resp. ausgestopfte Thiere in grosser Menge sich befanden, das andere Mal durch Schlafen in einer feuchten, mit arsenhaltigen Tapeten ausgekleideten Kammer entstanden. Der beschränkte Raum eines Referats erlaubt auch nicht einmal einen kurzen Auszug aus den Krankengeschichten; Ref. muss sich darauf beschränken, aus der von S. gegebenen Symptomatologie und Diagnostik der Arsenlähmung das Wichtigste in Kürze wiederzugeben.

Symptomatologie.

1. *Nach acuter Vergiftung.* Neben gastrischen, durch die Einführung des Giftes bedingten Störungen *cerebrale* Erscheinungen, Delirien, Kopfschmerz, Ohrensausen, Schwindel, später Gedächtnissschwäche; von Seiten der *sensiblen* Nerven wüthende, den Schlaf raubende Schmerzen in den Extremitäten, Taubsein derselben mit herabgesetztem Tastsinn in den Zehen. Von Seiten der *motorischen* Nerven sind zu bemerken Flexionskrämpfe in den grossen Zehen, welchen später Lähmungen, besonders in den Extensoren, mit frühzeitig auftretenden Contracturen nachfolgen; die Erregbarkeit für beide elektrische Ströme ist herabgesetzt oder ganz aufgehoben. Hochgradige trophische Störungen, Abmagerung der Extremitäten mit deutlichen fibrillären Zuckungen, allmähliches Ausfallen der Zehennägel. Von *vasomotorischen* Störungen ist eine subjectiv und objectiv wahrnehmbare Temperaturherabsetzung an den befallenen Theilen zu constatiren.

2. *Nach chronischer Vergiftung.* Die eigentlichen Lähmungserscheinungen nicht sehr hochgradig, die Sensibilität dagegen sehr gestört; Blase und Mastdarm scheinen sowohl bei der acuten, als auch bei der chronischen Arsenvergiftung verschont zu bleiben, dagegen treten aber atactische Erscheinungen auf und zwar so intensiv, dass in jedem nicht ganz schulgemässen Falle von Tabes dorsalis die Möglichkeit einer vorangegangenen Arsenvergiftung in Betracht gezogen werden müsste.

Bei der *Diagnose* ist vor Allem das ätiologische Moment zu berücksichtigen; absolute Gewissheit darüber giebt nur der Nachweis von Arsen im Harn. Hauptzeichen sind: choleraartiger, von mehrtägigen cerebralen Erscheinungen gefolgter Brechdurchfall, dann wüthende Schmerzen in den Extremitäten mit Herabsetzung des Gefühls besonders an den Fusszehen, motorische Lähmung der Extremitäten, vorwiegend in den Streckern und den Beinen localisirt, bei herabgesetzter elektrischer Erregbarkeit der ergriffenen Muskeln, rapide Atrophie dieser letzteren, Kachexie.

Tabische Erscheinungen. Von der *Bleilähmung* unterscheidet sich die *Arsenlähmung* durch die Möglichkeit auch *acut* aufzu-

treten, durch *Störungen der Sensibilität* (Schmerzen und Anästhesien), durch vorwiegendes Befallenwerden der Unterextremitäten und sehr rasch eintretende (progressive Ref.) *Muskelatrophie*; schliesslich kann der ‹Bleirand› der Zähne und die allgemeine Kachexie, welche beide bei Arsenlähmung fehlen (?), für die Differentialdiagnose benutzt werden. Hz.

Russische medicinische Literatur.

№ 128. Medizinskoje Obosrenje. Juni-Heft 1881.
Inhalt: a) Michailow: Ein Fall von Cerebrospinal-Meningitis.
b) Lunz: 2 Fälle von Cerebrospinal-Meningitis.
c) A. Solowjew und J. Rachmaninow: Doppelseitige Ovariencyste. Doppelovariotomie. Heilung.
d) Kanterew: Ein Fall von raschem Schwinden des Pigments der Haut und Haare.
e) Loshetschnikow: Ein seltener Fall von Elephantiasis der Augenlider.
f) A. Pospelow: Ein Fall von Lichen ruber planus.

№ 129. Anzeiger der Mineralbäder von Staraja-Russa № 2.
Inhalt: a) Ueber die klimatischen Verhältnisse und den Sanitätszustand von Staraja Russa (Schluss).

№ 130. Wratsch. № 22.
Inhalt: a) W. Kusmin: Ueber Hospitalbrand.
b) J. Petrowski: Ueber den Einfluss acuter fieberhafter Processe auf die Syphilis.
c) T. Kpassina: Ein Fall von spontaner Rückbildung eines Fibromyoms des Uterus nach der Entbindung.
d) G. Karrik: Ueber Kumyss. (Forts.)
e) Kossorotow: Ein Fall von Milzabscess bei Typhus.

№ 131. Klinitscheskaja Gaseta. № 22.
Inhalt: a) S. Lewaschow: Subcutane Injectionen von Eisen bei Anämie. (Schluss).
b) A. Wassiljew: Ein Fall von vorausgesetztem Aneurysma der Art. fossae sylvii.
c) S. Lewaschow: Ueber den Einfluss der Temperatur auf das Lumen der Gefässe.

№ 132. Wratschebnija Wedomosti. № 20.
Inhalt: a) W. Masslowski: Ueber Schleimpolypen des Uterus.
b) Ucke: Die Diphtheritis-Epidemie in der südlichen Hälfte Russlands (Schluss).
c) E. Kasanski: Die Epidemie von acutem Magendarmkatarrh (Cholera nostras) unter den Truppen im Lager bei Saratow i. J. 1880.

№ 133. A. Kahan: Der Plexus brachialis und sein Verhältniss zu den Hauptnerven der oberen Extremität. Doct.-Diss., St. Petersburg 1881.

№ 134. Archiv (Sbornik) für gerichtliche Medicin und Psychiatrie, Med. Polizei, Hygieine, Epidemiologie. Geographie und Statistik, herausgegeben vom Med. Depart. 1881, Bd. I.
Inhalt: a) Ueber den Zustand der geistigen Fähigkeiten des Arrestanten T., welcher angeklagt war, den Arrestanten Wowtschuk ermordet zu haben.
b) Litwinow: Ein Fall von zweifelhaftem Gemüthszustande eines Testators.
c) Prof. W. Subbotin: Wasserverderbniss in den Teichen und Flüssen durch die Runkelrüben-Zuckerfabriken im Kiew'schen Gouvernement.
d) P. Smolenski: Ueber die Kohlensäure in der Bodenluft. (Schluss).
e) L. Heydenreich und Prof. Beilstein: Bestimmung der desinficirenden Eigenschaften einiger gebräuchlicher Desinfectionsmittel.
f) Wyrubow: Der Sanitätsdienst auf den Eisenbahnen.
g) P. Sagorski: Die Sterblichkeit an Pocken in St. Petersburg.
h) Materialien zur Geschichte der Medicin in Russland.
i) Sitzungsprotocolle der psychiatrischen Gesellschaft in St. Petersburg pro 1879.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— La independencia médica. № 46—48.
— La emulacion. № 2.
— Revista médico-quirurgica. № 1.
— Revista médica de Chile. № 8.
— Cronica medico-quirurgica de la Habana. № 4.
— Paris médical. № 21 u. 22.
— Wiener Klinik. Heft 5 u. 6.
— Ueber das seitliche Rücken der Flüsse von Joh. Ritter Stefanowicz v. Vilovo. Mit 4 Kartenskizzen. (Sep.-Abdr. aus d. Mittheilungen d. K. K. Georgraph. Gesellsch. in Wien.)
— Die Schwefelbäder von Kemmern (russ.) Sep.-Abdr. aus d. Westnik Wodoletschenija. № 5.
— Lehrbuch der physikalischen Heilmethoden von Prof. M. J. Rossbach. 1. Hälfte. Aug. Hirschwald. Berlin 1881.
— Trance and trancoidal states in the lower animals von G. M. Beard. (Sep.-Abdr. aus ‹Journ. of comparative medicine and surgery. Apr. 1881.)
— Materialien zur Kenntniss der Wirkung der verschiedenen Mineralbäder in Staraja Russa auf Körpertemperatur, Puls und Athmung von J. Makawejew (russ.) Inaug.-Diss. St. Petersburg 1881.
— Die neueste Chirurgie in ihrer Anwendung auf die kriegschirurgische Praxis von Ant. Schmidt (russ.) Moskau 1881.
— Klinisches über den Uterus unicornis und infantilis von P. Faber. Inaug.-Diss. Dorpat 1881.
— A lecture on the localization of diseases in the spinal cord von E. C. Seguin. (Sep.-Abdr. aus ‹Annals of the anatomical and surgical society›, Brooklyn. Vol. II. № 12. 1880.)
— The cultivation of specialties in medicine von E. C. Seguin. (Sep.-Abdr. aus ‹Archives of medicine›. Dec. 1880.)

Tagesereignisse.

— Am 31. Mai starb hierselbst an Febris recurrens Dr. Joh. Stemmler, Supernumerar am Obuchow-Hospital. Stemmler war in St. Petersburg geboren, verbrachte seine Kindheit bis zum 12 Jahre in Deutschland, absolvirte in St. Petersburg das Gymnasium und trat in die medico-chirurgische Academie. Beim Ausbruch des jüngsten orientalischen Krieges war er noch Student und gehörte zu denjenigen, welche vor Absolvirung des vollen Cursus den Grad eines Arztes erhielten. Er ging alsbald auf den kaukasischen Kriegsschauplatz ab, machte dort den Flecktyphus durch und blieb bis zum Frieden. Nach Petersburg zurückgekehrt, trat er im Januar 1879 als Assistent in's weibl. Obuchow-Hospital ein und als seine 2-jährige Assistentenzeit abgelaufen war blieb er beim Hospital in der Stellung eines ausseretatmässigen Ordinators. Seit Anfang des laufenden Jahres war er ausserdem Arzt bei der Reichscontrole. Obgleich während seines $2^1/_2$-jährigen Spitaldienstes Hunderte von Recurrenskranken in seiner Behandlung gewesen waren, blieb er bis jetzt verschont, — erst die letzten Wochen, welche die Zahl der Recurrenskranken bis auf 30 pCt. der Gesammtzahl emporschnellten, wurden ihm verhängnissvoll, — er starb am 10. Krankheitstage des ersten Anfalls unter den Erscheinungen eines hochgradigen biliösen Typhoid.

Stemmler wor trotz seiner vorzeitigen Entlassung aus der Academie von äusserst tüchtiger Bildung, vortrefflich unterrichtet nicht bloss in allen Zweigen der Medicin, sondern auch auf anderen Gebieten des Wissens wohlbewandert. Er schien zum practischen Arzt besonders glücklich begabt: er handelte stets ruhig, wohlüberlegt und sicher, war gleichmässig und freundlich im Verkehr mit seinen Kranken, welche die grosse Herzensgüte, die sich in seinem ganzen Wesen ausprägte dankbar anerkannten. Seinen nächsten Collegen war er ein lieber Freund, von seinen Untergebenen wurde er abgöttisch verehrt — es ist allgemeine Trauer um ihn im ganzen Hospital, — nicht minder als im Kreise seiner Familie.

Ehre seinem Andenken! M.

— Am 25. Mai c. starb, wie der ‹Herold› meldet, ganz plötzlich im 68. Lebensjahre der wirkliche Staatsrath Dr. Georg King, ein Lieblingsschüler Pirogow's. K. stammte aus Narwa und hat von 1835—41 in Dorpat anfangs Cameralwissenschaft, nachher Medicin studirt. Nach Absolvirung des Arztexamens war er zuerst Militärarzt in Westsibirien (Tomsk), dann längere Zeit Ordinator am Nikolai-Militärhospital in St. Petersburg, 2 Jahre auch Ordinator am Obuchowhospital und zuletzt Divisionsarzt der 37. Infanteriedivision. Dr. King starb bei Ausübung seines ärztlichen Berufs auf der Treppe, welche er nach beendetem Krankenbesuch herabstieg.

— Hofrath Skoda ist am 1. (13.) Juni gestorben.

— Das fünfzigjährige Amtsjubiläum des Altmeisters der Chirurgie Pirogow am 24. Mai in Moskau gestaltete sich, wie man erwarten konnte, zu einer grossartigen Ovation für den ausgezeichneten, weit über die Grenzen des russischen Reiches hinaus gefeierten Gelehrten und Arzt, der ein halbes Jahrhundert für die Wissenschaft und die leidende Menschheit gearbeitet. Schon bei seiner Ankunft in Moskau wurde dem Jubilar ein feierlicher Empfang zu Theil. Die Festfeier in der Aula der Universität, zu welcher aus allen Gegenden Russlands Deputirte eingetroffen waren, eröffnete der Rector der Moskauer Universität Tichonrawow mit einer Ansprache, in welcher er die Bedeutung dieses Tages nicht allein für den Jubilar, sondern auch für die gesammte russische Gesellschaft, für die Wissenschaft und für die ganze civilisirte Welt hervorhob und die Verdienste des Jubilars in seiner Eigenschaft als Gelehrter, als Arzt und als Pädagog darlegte. Nachdem sodann ein Glückwunschtelegramm Sr. Majestät des Kaisers verlesen worden war, folgte die Vorstellung der 130 Deputationen sowie die Ueberreichung der zahlreichen Adressen und Verlesung der Telegramme, welche c. 4 Stunden in Anspruch nahmen. Ausser den russischen Universitäten und sämmtlichen medicinischen Gesellschaften Russlands übersandten dem Jubilar auch viele ausländische Universitäten und Vereine ihre Glückwünsche, so die Universitäten von Edinburg, Strassburg, München, Padua, die medicinischen Facultäten von Paris und Prag, die deutsche chirurgische Gesellschaft in Berlin u. s. w. Es waren aber auch noch von zahlreichen gelehrten Gesellschaften, Städten, Zeitungen, Lehr-

anstalten und Privatpersonen entweder Deputationen oder Adressen und Telegramme eingetroffen. Nach Beendigung dieser Vorstellungen und Verlesungen bestieg der Jubilar die Tribüne und wandte sich mit einer tief empfundenen Rede an die Versammlung, in welcher er zuvörderst für die ihm zu Theil gewordenen Aufmerksamkeiten und Auszeichnungen dankte. Sodann warf Pirogow einen Rückblick in die Vergangenheit und verglich diese mit der Gegenwart, wobei er unter Anführung einer Reihe von Beobachtungen aus seinem Leben zu dem Schlusse kam, dass die Gegenwart durchaus den Vorzug vor der Vergangenheit verdiene. Er erinnerte dabei an die Fortschritte der Medicin und führt zur Charakteristik der früheren Zeit unter Anderem an, dass er z. B. bei Beendigung seiner Universitätsstudien nicht eine Section einer Leiche vorgenommen auch nicht einmal die Ausführung einer solchen gesehen hatte. Auch in der Chirurgie und im Hospitalwesen constatirt der Jubilar einen grossen Fortschritt. Das Petersburger Militärhospital, in welchem er seine praktische Thätigkeit begann, sei damals ein wahrer Herd von Miasmen gewesen, die Gesunde und Kranke ruinirten. Während des Krimkrieges war der Verwundetentransport im höchsten Grade primitiv und fehlten die allernothwendigsten Einrichtungen, so dass die Verwundeten massenweise umkamen. Dagegen wiesen die Militärhospitäler in den letzten Kriegen schon bedeutende Fortschritte auf. Aber nicht allein hinsichtlich der wissenschaftlichen Wahrheit, sondern auch in der sittlichen Wahrheit habe die Jetztzeit bedeutende Fortschritte gemacht und erscheine auch in dieser Beziehung die Gegenwart besser.

Ein anhaltender Beifallssturm folgte auf diese Rede, mit welcher die officielle Feier ihr Ende erreichte. Am nächsten Tage fand noch ein Festessen zu Ehren des Jubilars statt.

Der uns zugemessene Raum gestattet uns nicht die bedeutenderen Adressen hier wiederzugeben, wir beschränken uns daher darauf nur die in Form und Inhalt sehr ansprechende Adresse der Gesellschaft praktischer Aerzte in Riga in ihrem Wortlaut zu bringen:

Hochzuverehrender Herr Jubilar!

Hohe Excellenz!

Zum 24. Mai 1881, dem Tage, an welchem sie vor fünfzig Jahren in den Staatsdienst getreten sind, will auch die Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga sich nicht die Ehre versagen, mit ihrem Glückwunsch an Sie heranzutreten.

Die gesammte wissenschaftliche Welt wird theilnahmvoll ihrer Jubelfeier gedenken. Das grosse russische Volk und besonders die Genossen des ärztlichen Standes im weiten Reich, werden mit stolzer Freude auf Sie blicken. Uns Bewohner der Ostseeprovinzen aber knüpft an Sie noch eine besondere Beziehung. Durch diese Jubelfeier werden in uns Erinnerungen wach, welche auch unser Herz mit Stolz und Freude erfüllen müssen. Haben Sie, hochverehrter Jubilar doch auf unserer Alma mater Dorpatensis fünf Jahre lang ihren medicinischen Studien obgelegen, haben Sie doch als Professor der Chirurgie derselben Hochschule während weiterer fünf Jahre Ihre ersten Lorbeeren auf dem Felde der Wissenschaft errungen, welche allein genügt haben würden, Ihren Namen unsterblich zu machen.

Wie Sie als Lehrer der Dorpater Universität von Seiten sowol Ihrer Commilitonen als auch der gesammten Bevölkerung nicht nur durch ihre Genialität, sondern ebensosehr durch Ihre edle Humanität — Verehrung, Liebe, Bewunderung zu erlangen vermocht, so haben Sie auch später, als Sie auf den Lehrstuhl der Chirurgie in der Residenz erhoben waren, durch das schöpferische Wirken Ihres Geistes und Ihre unermüdliche Arbeit die Welt mit dem Glanze Ihres Namens erfüllt. Und fernerhin, als Sie Gelegenheit gefunden hatten, auf dem Gebiete der Pädagogik ihre Arbeitskraft zu erproben, da zeigte sich dem Auge des verständnissvollen Beobachters dieselbe geniale Auffassung der Dinge, dieselbe edle Humanität Ihres ganzen Wesens und Strebens, welche Sie von Anfang an in so hohem Grade ausgezeichnet hatten.

Hochzuverehrender Herr Jubilar! Wir überlassen es Anderen, zu solchem Unternehmen Berufeneren, Ihre ausgezeichneten Verdienste, Ihr ganzes geniales Streben und Wirken darzustellen. Die Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga möchte nur die Gefühle der tiefen Verehrung und unbegrenzten Bewunderung gegen Sie in dieser Zuschrift aussprechen und den herzlichen Wunsch hinzufügen: möge es Ihnen noch lange vergönnt sein, der Mitwelt als Vorbild zu dienen edelsten Strebens und durch hingebende Arbeit errungener glänzender Erfolge! Möge das Bild Ihrer Persönlichkeit in unserer streitdurchwühlten Zeit die kämpfenden Parteien allzeit daran mahnen, dass der wahre Jünger der Wissenschaft das Panier echter Wissenschaftlichkeit immerdar hoch halten muss über allem nationalen Hader, dass jeder edle Mensch über allen Gegensätzen des Lebens unverrückbar im Auge behalten soll die Pflege der idealen Interessen unseres Geschlechts.

Die Gesellschaft practischer Aerzte zu Riga.

Miscellen.

— Da bei uns in St. Petersburg mit der Einführung des Instituts der Secundärärzte in den Hospitälern [1]) bereits der Anfang gemacht worden ist und eine weitere Ausdehnung dieser wichtigen Reform des Hospitalwesens angestrebt wird, so dürfte eine Mittheilung über die derzeitige Lage der Secundarärzte an den Spitälern Wiens nicht ohne Interesse und Belehrung sein. Wie die «Allg. W. med. Ztg.» berichtet, scheint der secundarärztliche Dienst in den drei grossen Hospitälern Wiens nicht mehr jene Anziehungskraft zu üben, als dies früher der Fall war. Während noch vor 2 Jahren im Allg. Krankenhause die Zahl der unbesoldeten Aspiranten die der Secundarärzte um das 2—3 fache überstieg, ist sie jetzt schon so weit gesunken, dass sie kaum genügt, die vielen Abtheilungen dieser grossen Anstalt entsprechend zu versorgen. Das Wiedner Krankenhaus und die Rudolfstiftung haben gar keine Aspiranten und können nicht einmal Aerzte genug gewinnen, um alle Secundararztstellen zu besetzen. Die Ursache dieser Erscheinung ist in dem Umstande zu suchen, dass die materielle Stellung der Secundarärzte derzeit eine solche ist, dass es nur Wenigen, die eine Unterstützung von aussen geniessen, möglich ist, jahrelang an einem Hospitale als unbesoldeter Aspirant, resp. als so karg bezahlter Secundararzt zu verbringen. Mit 30 Fl. ist ein Doctor der gesammten Heilkunde in Wien nicht im Stande, sich Speise und Trank, Kleider, Bücher etc. anzuschaffen, und der Nebenerwerb durch Ausübung von Praxis ist wegen der riesigen Concurrenz in der Capitale an sich schon gering, wird aber durch die hohe Verantwortlichkeit des Postens, der den Secundararzt verpflichtet, jeden 2. oder 3. Tag ganz «im Dienste» zu verbringen, für die Meisten derselben auf Null reducirt. Und wenn man auch den durch die Grossartigkeit des Beobachtungsmaterials für den Einzelnen erzielten Erfolg und dessen praktische Ausbildung noch so hoch ansetzt, so erscheint alles dies der jetzigen jungen ärztlichen Generation für nicht äquivalent, um deshalb Jahre hindurch so viel Sorge, Entbehrung und Demüthigung durchzumachen. In secundarärztlichen Kreisen Wiens will man um Gewährung eines höheren Adjutums bitten, ja man berieth sogar die Eventualität eines Gesammtaustrittes im Falle der Nichtgewährung dieser Bitte. Die n.-ö. Landesirrenanstalt, sowie die vielen kleineren Kinder- und Privat-Hospitäler in Wien haben den Umständen Rechnung getragen und gewähren ihren Secundarärzten bis 50 Fl. monatlich und ganz freie Station. An den Directoren der 3 grossen Spitäler Wiens ist es nun, all' diese Umstände in Erwägung zu ziehen, zur wissenschaftlichen und praktischen Ausbildung der Secundarärzte das Möglichste beizutragen und deren Stellung in pecuniärer Hinsicht mindestens so zu gestalten, dass dieselben durch diese Jahre frei von Nahrungssorgen, lediglich ihre höhere Tüchtigkeit anstrebend, leben können.

— Die Zahl der Abweisungen wegen Mangels an freien Plätzen in den Hospitälern betrug in der Woche vom 24.—30. Mai 719 (696 Männer und 23 Frauen).

[1]) Von den 3 Kinderhospitälern, welche schon früher Secundarärzte hatten, sehen wir hier ab.

Personal-Nachrichten.

Amtliche.

— *Ordensverleihungen*: Den *St. Wladimir-Orden III. Cl.:* Dem Director des klinischen Elisabeth-Kinder-Hospitals, wirkl. St.-R. Dr. med. Reitz und dem Arzt am Taranow-Bjeloserow-Fremdenhospiz zu Ssimferopol, St-R. Caleri. Den *St. Wladimir-Orden IV. Cl.:* Dem ält. Ord. des Petersb. Nikolai-Militär-Hospitals, C.-R. Frank; dem Assistent am klinischen Militär-Hospital, C.-R. Tichomirow und dem ausseretatm. Ord. am Maximilian-Krankenhause, St.-R. Sagorski.

— *Befördert: Zum Staatsrath*: Der Oberarzt des 4. tempor. Militärhospitals in Transkaukasien, Jaschin und der Arzt der Central-Ingenieur-Verwaltung, Amburger.

— *Bestätigt*: Der ord. Prof. der Moskauer Universität, St.-R. Tolski — als Dekan der medicinischen Facultät dieser Universität.

— *Ernannt*: Der ausserord. Prof. der Universität Kasan, St.-R. Lewschin — zum Professor der praktischen Chirurgie an der Kasanschen Universitätsklinik; der Ober-Militär-Medicinal-Inspector, G.-R. Dr. med. Koslow — zum ständigen Mitglied des militär-medicinischen gelehrten Comites, mit zeitweiliger Belassung in seiner bisherigen Stellung und der ält Arzt des 4. L.-G.-Schützen-Bataillons, wirkl. St.-R. Dr. med. Iskerski — zum Arzt des 8. Armee-Corps.

Vacanzen.

— *Eine Landschaftsarztstelle* im Kreise *Saraisk* des Gouvern. *Rjasan* ist vacant. Der Arzt hat allwöchentlich drei Sanitätsstationen zu besuchen, von denen zwei an der Eisenbahn belegen sind. Ein Feldscherer steht dem Arzt jeder Zeit zur Disposition. Gehalt 1200 Rbl. jährlich und 400 Rbl. Fahrgelder. Bewerber, welche jedoch bereits prakticirt haben müssen, belieben sich behufs näherer Auskunft an das Landschaftsamt des Kreises Saraisk zu wenden.

— *Eine Hospitalarztstelle* in *Saraisk*, Gouv. *Rjasan*, ist vacant. Der Arzt hat das auf 40 Betten berechnete Stadt-Hospital zu leiten und ausserdem allwöchentlich zwei Sanitätsstationen, welche von der Stadt fünfzehn Werst entfernt sind, zu besuchen. Gehalt 1200 Rbl. jährlich und freie Dienstfahrten. Zur Bewerbung um diese Stelle sind blos Aerzte, welche bereits prakticirt haben, zugelassen. Nähere Auskunft ertheilt das Landschaftsamt des Kreises Saraisk.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 31. Mai 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	962	350	1312
Alexander- «	759	165	924
Kalinkin- «	—	476	476
Peter-Paul- «	376	164	540
St. Marien-Magdalenen-Hospital	166	73	239
Marien-Hospital	295	468	763
Ausserstädtisches Hospital	547	144	691
Roshdestwensky-Hospital	61	21	82
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	320	143	463
6 zeitw. Hospitäler	846	133	979
Ausschlags-Hospital	12	14	26
Summa der Civilhospitäler	4344	2151	6495
Nikolai-Kinder-Hospital	46	55	101
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	56	70	126
Elisabeth-Kinder-Hospital	26	34	60
Summa der Kinderhospitäler	128	159	287
Nicolai-Militär-Hospital	586	20	606
Ssemenow'sches Militär-Hospital	264	—	264
Kalinkin-Marine-Hospital	—	—	—[1]
Gesammt-Summa	5322	2330	7652[2]

Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	1142	568	1710[3]
Scarlatina	13	19	32
Variola	10	8	18
Venerische Krankheiten	576	470	1046

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 24. bis 31. Mai 1881 besucht von 2485 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1038.

[1], [2] und [3] Die Zahlen für das Kalinkin-Marine-Hospital fehlen.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs

für die Woche vom 17. bis 23. Mai 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 843 (Todtgeborene 18). Mortalität der Woche für das Jahr berechnet 65,45 p. M.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und meh	Unbekannt.
550	293	843	106	49	94	16	13	39	135	122	100	75	39	30	8	17

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 65, Typh. abd. 50, Febris recurrens 61, Typhus ohne Bestimmung der Form 28, Pocken 9, Masern 11, Scharlach 15, Diphtheritis 12, Croup 2, Keuchhusten 3, Puerperalkrankheiten 6, Dyssenterie 1.

— Gehirnapoplexie 13, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 25, acute Entzündung d. Athmungsorgane 83, Lungenschwindsucht 121, Gastro-intestinal-Krankheiten 107, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 48, Marasmus senilis 28, Krankheiten des Gehirns 28, Krankheiten der Lungen 23, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 19, Krankheiten der Bauchorgane 21, Cachexia 31.

— Tod durch Zufall 8, Mord 2.

— Andere Ursachen 23.

Frische Mineralwässer 1881er Füllung

sind eingetroffen bei

STOLL & SCHMIDT, St. Petersburg.

83 (1)

Schlamm- und Seebad Arensburg

auf der Insel Oesel, Livland.

Mineralische Seeschlammbäder in den dazu eingerichteten Badeanstalten. **Beginn der Saison am 20. Mai.** Telegraphische Verbindung mit dem In- und Auslande.

Massage von einem renommirten Heilgymnastiker.

Hôtel St. Petersburg. Hôtel Riga.

Mit der Badepraxis beschäftigen sich die Herren: Dr. **G. Carstens**, Dr. **E. Grewingk**, Dr. **M. v. Harten**, Dr. **Mierziejewsky**.

Nähere Auskunft ertheilt das Badecomité.

82 (1)

MINERALWASSERKUR- UND BADEORT.

VICHY

(Frankreich, Departement Allier).

Besitzthum des französischen Staates. Administration: Paris, 22, boulev. Montmartre.

BADESAISON.

Der Kurort Vichy, an einem der schönsten Punkte Europa's gelegen, bietet Bäder und Douchen jeder Art zur Heilung von Magenkrankheiten, Leberleiden, Blasenleiden, Gries, Diabetes, Gicht, Blasenstein u. s. w.

Vom 15. Mai bis zum 15. September täglich Theatervorstellungen und Conzerte im Gesellschaftshause.—Musik im Park.—Lesekabinet.— Damen-Salon.— Spielsäle.—Conversationszimmer u. Billards. — Vichy ist mit allen Eisenbahnen verbunden.

Für alle Auskünfte sich an die Compagnie, 22, Boulevard Montmartre, Paris, zu wenden.

80 (6)

Bad Landeck in Preussisch-Schlesien.

Schwefel-Thermen 24—16° R. Mineral-, Wannen- und Bassin-Bäder, innere und äussere Douchen, Moorbäder. | **Kalt-Wasser-Heilanstalt.** Trinkquellen. Appenzeller Molken-Anstalt, Milchcur, herrliche Nadelholzwälder.

1400 Fuss über dem Meere, **mildes** Gebirgsklima, vollständiger **Schutz gegen Ost und Nord.** Angezeigt gegen chronischen **Rheumatismus, Gicht, Lähmungen, Hämorrhoidalleiden, Ueberanstrengungen,** allgemeine **Schwäche, ungenügende Ernährung.** Ganz besonders geeignet **gegen Störungen weibl. Gesundheit,** als **Katarrhe, Nervenleiden, Blutarmuth, Bleichsucht,** chronische **Gebärmutterentzündung, Unfruchtbarkeit.** — Jährl. Fremdenbesuch 5500. Schöne Wohnungen, täglich Concerte, Theater, Ausflüge in die Umgegend u. s. w. Eisenbahnstation Glatz und Patschkau. Eröffnung der Bäder 1. Mai. **Der Magistrat.** Birke, Bürgermeister.

Saison-Dauer Mai bis Octob. **Bad Reichenhall** Officielle Eröffnung 15. Mai.

Der größte deutsche klimatische Kurort inmitten der bair. Hochalpen. Soole-, Mutterlaugen- und Fichtennadel-Extract-Bäder, Ziegenmolke, Kuhmilch, Alpenkräutersäfte, alle Mineralwässer in frischen Füllungen, großer pneumat. Apparat, Inhalationssäle, Gradirwerke, Soolefontaine, Heilgymnastik. Ausgedehnte Parkanlagen mit gedeckten Wandelbahnen, nahe Nadelwälder und schattige Promenaden nach allen Richtungen. — Täglich 2 Concerte der Curcapelle, Lesecabinette. Eisenbahn- und Telegraphen-Station. Ausführliche Prospecte durch das kgl. Bade-Commissariat.

46 (3)

Die natürlichen

WILDUNGER MINERAL-WÄSSER

aus der **Georg-Victor-** und der **Helenen-Quelle**, früher Sauerbrunnen und Salzbrunnen genannt, haben sich bewährt bei Blutarmuth, Bleichsucht, Hysterie, Schleimflüssen, Brust-, Magen- und Darmkatarrh, am hervorstechendsten aber bei den Krankheiten der Harnorgane (Nieren-, Blasenkatarrh, Blasenkrampf, Blasenhämorrhoiden, Gries- und Steinbeschwerden etc.) und sind empfohlen von allen medicinischen Autoritäten. Schon 1584 sagt Th. Tabermontanus von den Wildunger Mineralwässern: Sie mildern die Schmerzen, der Nieren und Blase, führen ‹ab den Gries, treiben fort den verhaltenen Harn, kommen zu Hilfe den schmerzlichen Harnen, auch denen so Blut und Eiter harnen.› Prof. Wichmann (Ueber die Wirkungen der mineralischen Wässer, Hannover 1797) sagt: ‹Ich kenne kein Wasser, das in diuretischer (harntreibender) Wirkung dem Wildunger gleich käme. Besonders wirksam ist es in Krankheiten der Absonderungsorgane; als wahres Specificum ist es aber gegen Steinbeschwerden zu gebrauchen.› — Prof. Dr. E. Osann (Darstellung der bekannten Heilquellen, Berlin 1832) sagt: ‹Bei chronischen Krankheiten der Harnwerkzeuge, bei Gries- und Steinbeschwerden, Verschleimungen, Blasenkrämpfen, Krankheiten der Prostata, anomalen Hämorrhoiden haben sich die diuretischen und schleimauflösenden Wildunger Wasser mit Recht einen sehr ausgezeichneten Ruf erworben.› Hufeland ruft in seinem Journal für praktische Heilkunde, Bd. 68, Stück V, Berlin 1832), nachdem er selbst 12 Wochen an einem schweren Blasenübel gelitten und Wildunger Wasser mit bestem Erfolg gebraucht hatte: ‹Preis und Dank dem Allmächtigen, der uns das herrliche Geschenk, den Heilquell von Wildungen gab!› — Prof. Lebert (v. Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, 9. Band, 2. Hälfte) sagt: ‹Zu den vorzüglichsten Mineralwässern beim chronischen Blasenkatarrh gehört das Wildunger Wasser.› — Unter ‹allen diesen Mineralwässern hat sich aber der Wildunger Helenen-Brunnen den grössten Ruf erworben. . . . . ‹Der Wildunger Salz- (Helenen-) Brunnen passt ferner ziemlich für alle Formen von Blasenkatarrh, welche die Scala zwischen Irritabilität (Reizbarkeit) und Torpur (Schlaffheit) in mannigfacher Gruppirung nach der Verschiedenheit der zahlreichen Individuen ausfüllen (Klinische Balneologie, Professor G. L. Dittrich, München 1862). Anfragen über Bad Wildungen, Bestellungen von Wohnungen im Badelogirhause und dem Europäischen Hofe — beide nahe der Hauptquelle — erledigt die

Inspection der Wildunger Mineralquellen-Actiengesellschaft

zu **Bad Wildungen.**

61 (2)

Stotternde, welche andere Anstalten ohne Erfolg besuchten, finden Heilung in der Sprachheilanstalt von **Rudolf Denhardt in Burgsteinfurt,** (Genaue Adresse.) Prospecte mit amtlichen Attesten gratis. Heilverfahren mehrfach staatlich ausgezeichnet, **nicht** Tactmethode. 43 (1)

(Siehe Aufsatz in № 13 und 35 (pag. 580) der Gartenlaube, Jahrg. 1878 und № 5 Jahrg. 1879.) **Honorar nach der Heilung.**

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 5 Іюня 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh., Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

ST. PETERSBURGER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg,
Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 24. St. Petersburg, 13. (25.) Juni. 1881.

Ueber Fuchsinwirkung bei Albuminurie.

Von

Dr. J. Möhlenfeld.

Die chronischen Nierenentzündungen widerstehen bekanntlich äusserst hartnäckig allen therapeutischen Eingriffen und führen meistens den Kranken dem Tode entgegen. Daher müsste wohl Bouchut's Angabe (Gazette des hop. 1877, № 50) über die günstige Wirkung des Fuchsin bei den genannten Krankheiten das allgemeinste Interresse der Aerzte erregen; allein, so viel mir bekannt, haben, ausser Bouchut nur Feltz, Bergeron und Clouet (Gaz. hebd. 1876) und in der letzten Zeit noch de-Renzi (Virch. Arch. 80. Bd.) das Fuchsin in Bezug auf seine die Albuminurie angeblich beeinflussende Wirkung geprüft. In den meisten, von den genannten Autoren beschriebenen Fällen, handelte es sich um acut oder chronisch verlaufende Nierenentzündungen bei Kindern weiblichen Geschlechts, und nur 3 oder 4 Fälle beziehen sich auf Erwachsene. — Uebrigens ist die Beschreibung der betreffenden Krankheitsfälle nicht besonders erschöpfend und die Harnuntersuchung bestand einfach im Aufkochen desselben und Zusatz von Salpetersäure und wurde die Quantität des Albumins nach der Höhe des sich dabei bildenden Niederschlages beurtheilt. Was nun die Resultate dieser Behandlung anbelangt, so waren sie, mit Ausnahme eines Falles von de-Renzi, sehr befriedigend, indem die Kranken meistentheils genasen. Es schien somit ein Mittel gefunden zu sein, welches diese hartnäckige und gefährliche Krankheit mit Erfolg zu bekämpfen im Stande wäre. Deshalb habe auch ich das Fuchsin in zwei Fällen von chronischer Nephritis angewandt und halte es nicht für überflüssig die damit erzielten Resultate zu veröffentlichen. Hierbei will ich bemerken, dass die quantitative Eiweissbestimmung nach der allgemein üblichen Methode durch Wägung ausgeführt worden ist. Der beim Kochen sich bildende Niederschlag [1] wurde auf einem bei 108° C. getrockneten und gewogenen Filter gesammelt, zuerst mit heissem Wasser, dann mit Alcohol gewaschen, getrocknet und gewogen; darauf im Platintigel verascht und das Gewicht der Asche (nach Abzug der Filterasche) vom Gesammtgewicht des trocknen Albumins abgezogen. Uebrigens war diese Correctur nicht von Belang, indem das Gewicht der im Eiweiss enthaltenen Asche niemals 0,004 überstieg, was meist weniger als 1% ausmacht.

Die beiden von mir beobachteten und mit Fuchsin behandelten Krankheitsfälle, deren Verlauf ich hiermit in Kürzem mittheile, sind im Peter-Pauls-Hospitale verpflegt worden, woselbst auch die betreffenden chemischen Arbeiten von mir ausgeführt sind. In den beigefügten Tabellen ist die Farbe, die 24-stündige Menge, das spec. Gewicht nebst der dabei beobachteten Temperatur, das Eiweissquantum (pro Tag und in Procenten) und die 24-stündige Menge der festen Bestandtheile des Harn angegeben. Wenn die quantitativen Analysen nicht ununterbrochen, wie die Tage, einander folgen, so liegt der Grund entweder darin, dass der Harn verschüttet worden, oder aber in den Verhältnissen, in welche der Ordinator eines Hospitals gestellt ist. Bei der Berechnung der festen Harnbestandtheile ist der Häser'sche Coëfficient berücksichtigt und bei der Temperatur eine Correctur angewandt worden.

I. Iwan Jermakow, Bauer, 24 Jahre alt, in's Hospital am 12. August 1880 eingetreten, in meiner Abtheilung seit dem 27. September befindlich.

Patient behauptet erst seit 2 Monaten krank und früher immer gesund gewesen zu sein. Als Grund der Erkrankung giebt er Erkältung an, die er sich als dujourirender Hausknecht zugezogen hatte. Weder Fieber, noch Kopfschmerz oder Erbrechen zeigten den Anfang der Krankheit an, dagegen stellte sich Husten und

[1] Da der Urin nicht selten alkalisch reagirte, so war ich genöthigt oft ziemlich viel Essigsäure zuzusetzen, um ein sich gut absetzendes und leicht abzufiltrirendes Coagulum zu erhalten.

Oedem beider Füsse ein, welche dermaassen zunahmen, dass Pat. sich genöthigt sah das Hospital aufzusuchen.

Status präs. vom 27. September: Pat. ist anämisch, die Haut dünn und trocken, der ganze Körper angeschwollen. Die unteren Extremitäten stark ödematös; auf der inneren — hinteren Oberfläche beider Oberschenkel sieht man je ein kleines einem eiternden Furunkel ähnliches Geschwür; aus dem rechterseits sitzenden fliesst eine ziemlich bedeutende Quantität seröser Flüssigkeit hervor, aus dem links sich befindenden — sehr wenig; beide Geschwüre bildeten sich schon während des Hospitalaufenthalts. — Ein bedeutender Ascites ist leicht nachzuweisen; das Niveau der Flüssigkeit befindet sich beim aufrechten Stehen 2 Handbreiten über dem Nabel, und sinkt beim Liegen nicht unter diesen herab. Zugleich sieht man während des Hustens ungefähr 3 Fingerbreit über dem Nabel in der Medianlinie eine taubeneigrosse Geschwulst sich hervorwölben, welche beim Druck auf dieselbe verschwindet und deutlich crepitirt. Scrotum und Penis stark ödematös, posthornförmig gekrümmt. Leber und Herz sind nach oben gedrängt: über den unteren Rippen ist der Schall tympanitisch. In den Lungen sind die Respirationsgeräusche vorne normal, nur hin und wieder einige mittelgrossblasige Rasselgeräusche zu hören; hinten ist der Percussionsschall beiderseits vom unteren Winkel der Scapula an abwärts gedämpft, und die Athmungsgeräusche kaum wahrzunehmen; weiter nach oben zahlreiche Rasselgeräusche. Das Herz ist nicht vergrössert, die Töne rein, nicht verstärkt, ein Accent ist nirgends wahrzunehmen. Puls 72; die Art. rad. von mittlerer Spannung und Fülle, leicht comprimirbar. — Oedem des Gesichtes; das rechte obere Augenlid stark geschwollen und etwas geröthet. — Pat. behauptet, dass die Urinmenge nicht vermindert ist. Der Urin ist trübe, hellgelb, sauer, einen weissen Bodensatz von bedeutender Höhe bildend; beim Kochen entsteht ein starker flockiger Niederschlag. — Ord. Rp. Liq. Kali acet, Aq. dest. āā 60,0. D. S. 2-stündlich 1 Esslöffel voll.

Ein Bad von 30° R. Milchdiät.

1. October: 24-stündige Harnmenge 1120 C. C. von 1,016 sp. Gew. bei 17° C. von saurer Reaction, stark eiweisshaltig. Bei der mikroskopischen Untersuchung ist eine grosse Menge hyaliner Cylinder von bedeutender Länge zu sehen, welche meist von feinkörnigem Detritus bedeckt sind; viel seltener sind dunkle körnige Cylinder aufzufinden; zugleich sind viele weisse Blutkörperchen und Epithelialzellen vorhanden.

10. October: Seit der Nacht Kopfschmerz, Gefühl von Schwäche. Puls 108. Morgens 38,9, Ab. 39,1. Kein Frostanfall.

11. October: Puls 108. Morg. 38,1, Ab. 38,4. Milz normal.

Bis zum 17. October hatte Pat. gewöhnlich am Abend eine Temperaturerhöhung bis 38,2—38,6, schwitzte oft in der Nacht; das Oedem schien abzunehmen.

Seit dem 19. October blieb die Temperatur normal. Pat. transpirirte oft nach dem Bade, welches täglich genommen wurde; der Appetit blieb normal, Stuhlgang regelmässig.

Seit dem 24. October blieb Pat. ohne Medicin, die warmen Bäder wurden dagegen fortgebraucht. Die Urinabsonderung war vermehrt, die Oedeme nahmen ab.

Vom 2. November an wird Fuchsin innerlich verordnet:

Rp.: Fuchsini 2,0 (ʒβ) Succ. liquir 4,0 (ʒj) e qua form. pil. № 60. Consp. Lycopodio. D. S. 2 Mal täglich 1 Pille.

4.—5. November: 3 Pillen täglich. Urinabsonderung vermehrt, besonders während der Nacht.

6.—9. November: 4 Pillen täglich. Am Urin keine Rothfärbung zu merken. Quantität vermehrt.

10.—11. November: Oedem der Beine beinahe geschwunden. Schmerz in den Oberschenkeln. 5 Pillen täglich.

12.—14. November: Schmerz im linken Knie und Oberschenkel. Pillen täglich.

15. November: 8 Pillen täglich. Schmerzen in den Beinen dauern fort. Der Ascites besteht noch in geringerem Grade.

18. November: Der Urin zeigt keine rothe Färbung. Die Oedeme schwinden, nur noch am Unterleib und am Rücken nachzuweisen. Fuchsin und Bäder werden fortgebraucht.

19—30. November: Allgemeinbefinden bessert sich allmählich.

3. December: Leichtes Oedem auf beiden Fussrücken, Ascites vollkommen geschwunden.

7. December: Die Oedeme sind ganz vergangen; Pat. fühlt sich ganz gut, klagt nur über Muskelschwäche. Verlässt das Hospital in folgendem Zustande: Pat. ist etwas anämisch, die Haut dünn, Oedeme sind nirgends nachzuweisen; Abdomen von normalem Umfang, über dem Nabel von der oben angegebenen beim Husten entstehenden Geschwulst nichts zu bemerken. Die Lungen sind frei, der gedämpfte Percussionsschall hinten verschwunden. Herz nicht vergrössert, seine Töne normal. Der Puls ziemlich voll, nicht ganz leicht comprimirbar. Der Urin wird in grosser Quantität secernirt; er ist blassgelb, enthält Eiweiss und sehr wenige hyaline, ganz kurze Cylinder; ebenso viel weniger epitheliale Elemente als früher; weisse Blutkörperchen beinahe gar nicht zu entdecken.

Monat u. Dat.	24-std. Harnmenge in C.C.	Specifisches Gewicht.	Temperat. C.	24-stündige Eiweissmenge	Procent an Alb.	24-stündige Meng. d. fest. Bestandth.	Bemerkungen.
Oct.							
5	1240	1,0170	19°	—	—	—	Der Harn war oft
6	1190	1,0160	19	11,4	0,96%	47,14	von alkalischer
7	1220	1,0180	21	—	—	—	Reaction, beson-
8	1240	1,0190	21				ders nach 24-std.
9	1020	1,0190	21				Stehen. Der fri-
10	1100	1,0190	21				sche Harn rea-
11	845	1,0200	21				girte sauer. Seine
14	1030	1,0170	20				Farbe war hell-
15	1170	1,0180	19				gelb.
18	940	1,0180	18	8,06	0,86	40,74	
20	1110	1,0150	18	—	—	—	
21	1470	1,0150	18	10,47	0,71	53,43	
23	1160	1,0170	18				
24	1275	1,0170	20				
25	1380	1,0150	19	12,92	0,94	54,36	
26	1500	1,0130	19	10,20	0,68	48,93	
27	2420	1,0120	19				
28	1790	1,0140	19	11,71	0,65	62,56	
29	1870	1,0130	19				
30	1650	1,0140	19				
Nov.							Am 2. Nov. nahm
1	2550	1,0080	19				Pat. 1 Gr. (0,06)
3	2940	1,0100	19				Fuchsin.
4	2510	1,0110	19	8,51	0,34	70,18	Am 4. u. 5. Nov.
5	3300	1,0086	19	5,81	0,18	73,81	1½ Gr. Fuchsin
6	2980	1,0110	19				täglich.
7	2000	1,0120	19				6.—9. Nov. 2 Gr.
8	2580	1,0140	19				Fuchsin.
9	2260	1,0122	19	12,62	0,56	69,51	10.—11. Nov. 2½
11	2380	1,0140	19	16,09	0,68	72,81	Gr. Fuchsin tägl.
12	2500	1,0115	19	—	—	—	12.—14. Nov. 3
13	2580	1,0105	19	12,05	0,46	69,13	Gr. täglich.
14	2550	1,0120	19				Vom 15. Nov. be-
15	2640	1,0125	19	15,15	0,57	83,04	kam Pat. täglich
16	2600	1,0100	19	12,91	0,5	66,64	4 Gr. Fuchsin.
17	2810	1,0080	19	9,75	0,35	58,93	Vom 30. Nov.
18	2610	1,0120	19	11,82	0,45	79,06	wurde Fuchsin
Dec.							ausgesetzt.
4	3610	1,0100	19	12,53	0,35	92,27	

Auf Grund der oben angegebenen Daten wurde beim Patienten eine chronische parenchymatöse Nierenentzündung diagnosticirt, die er sich wahrscheinlich nach einer Erkältung im August 1880 zugezogen hatte. Ein interstitieller Process konnte wohl in diesem Falle nicht angenommen werden, da weder Hypertrophie des linken Ventrikels constatirt wurde, noch auch der weiche mässig volle Puls dafür sprach. Dagegen macht es der weitere Krankheitsverlauf sehr wahrscheinlich, dass die pathologischen Veränderungen später auch auf das interstitielle Gewebe übergingen, so dass Pat. das Hospital mit dem Anfang einer Nephritis interstitialis verliess. Zu Gunsten dieser Meinung spricht: 1) die bedeutend vermehrte tägliche Harnmenge, welche 3000 C. C. überstieg, 2) die quantitative Abnahme der Harncylinder und die beinahe vollständige Abwesenheit der weissen Blutkörperchen, 3) die Zunahme der Spannung und Vollheit des Pulses, obgleich Hypertrophie des linken Ventrikels auch jetzt noch nicht nachzuweisen war. In jedem Falle muss der Ausgang als ein günstiger bezeichnet werden, wenn auch die Behandlung hierzu wenig oder gar nichts beigetragen hat; wenigstens hat sich das Fuchsin in diesem Falle vollkommen indifferent verhalten. Aus der beigefügten Tabelle ist zu ersehen, dass die Zunahme des täglichen Harnvolumens schon eine Woche vor Anfang der Fuchsinbehandlung stattgefunden hatte. Ebenso erwies sich das Fuchsin unwirksam in Bezug auf die 24-stündige Eiweissmenge; diese schien sogar zugenommen zu haben,

so dass Pat. bei seiner Entlassung aus dem Hospital täglich mehr Eiweiss entleerte als bei seiner Aufnahme.

II. Jakow Jurow, Bauer, 54 Jahre alt, aufgenommen am 4. October 1880.

Patient von mittelmässiger Constitution, mit gut entwickeltem Knochensystem, klagt über Anschwellung der Beine und des Rückens und über Kopfschmerz. Auch früher hatte er schon mehrmals leichtes Oedem der Füsse bemerkt, das aber gewöhnlich schnell verschwand. Im Allgemeinen will er selten krank gewesen sein, an Syphilis niemals gelitten haben. Jetzt seit dem Frühjahr krank.

Status präs. am 5. October: Starkes Oedem der Unterextremitäten bis über den unteren Theil der Oberschenkel; leichtes Oedema scroti et penis. Die Inguinaldrüsen bedeutend vergrössert, aber nicht hart. Gesicht etwas ödematös; Anasarca der Brust und des Rückens. Ueber dem linken Kniegelenk sieht man am Oberschenkel ein rundes Geschwür von ungefähr 1 Ctm. im Durchmesser, mit einem grauen schmutzigen Belag, das auf harter infiltrirter Basis von der Grösse eines silbernen Rubels sitzt und rothe ebenfalls infiltrirte Ränder hat. Das Geschwür besteht ungefähr seit 2 Wochen und macht den Eindruck eines zerfallenen Gummas. Eine ebensolche nur etwas kleinere Geschwulst befindet sich auf der Vorderfläche des rechten Vorderarmes, etwas über dem Carpalgelenk; die sie bedeckende Haut ist ebenfalls geröthet und oberflächlich excoriirt; es besteht seit einer Woche. — Ascites ist nicht vorhanden, die Leber nicht vergrössert; wegen vorhandenen Meteorismus ist die Milz nicht percutirbar. In den Lungen nichts Besonderes zu hören, nur hinten links unten ziemlich viel kleinblasige Rasselgeräusche bei Abwesenheit von Bronchialathmen zu constatiren; Dämpfung des Schalles nicht vorhanden. Das Herz wenig im Querdurchmesser vergrössert, die Töne rein, nicht accentuirt. Der Puls ziemlich voll, hart, nicht beschleunigt; Art. radialis leicht durchzufühlen. Urinmenge verringert; der Harn ist trübe, hellgelb, sauer reagirend; am Boden des Gefässes ist ein weisses schleimiges Sediment von bedeutender Quantität zu sehen. Beim Kochen entsteht ein massiges Coagulum. Unter dem Mikroskop sieht man viele hyaline und körnige Cylinder, oft von zusammengeklebten Epithelzellen und feinkörnigem Detritus bedeckt; ausserdem sehr viele Bacterien. Die Diagnose lautete auf: Nephritis chronica parenchymatosa amyloidea.

Ord.: Liq. Kali acet, Aq. destill. ãã ℥jj. Zweistündlich 1 Esslöffel voll. Ein Bad von 30° R. täglich. Auf die Geschwüre: Acid carbol. ʒj, Ol. Olivar. ℥jß.

9. October: Leichte Diarrhoe, 4—5 wässerige Stühle täglich. Kali acetic ausgesetzt.

13. October: Diarrhoe sistirt. Oedeme wie früher.
Rp.: Tinct. Jodi gtt. jjj. 3 Mal täglich mit Wasser.

29. October: Ascites in geringem Grade ist nachzuweisen.
Rp.: Liq. Kali acet, Aq. dest. ãã ℥jj. 2-stündl. 1 Esslöffel voll.

5. November: Ohne besondere Veränderung. Harnabsonderung gering. Die Geschwüre heilen. Husten stärker geworden; Auswurf vermehrt, die Sputa sind gelb, eitrig. In den Lungen sind weit verbreitete Rasselgeräusche aber kein Bronchialathmen zu hören.
Rp.: Acid. nitric. dilut. gtt. Vj, 3 Mal täglich mit Wasser.

7. November: Pat. schwitzt nach dem Bade nicht. In den Lungen sehr viele feuchte Rasselgeräusche und Pfeifen zu hören. Leberdämpfung verringert, Ascites nicht sehr bedeutend. Anasarca der Brust und des Rückens sehr stark. — Rp.: Inf. Seneg. cum. Ipecac. und Liq. Amm. anis.

11. November: Die Oedeme des Gesichts, der Beine, des Rückens und der Brust werden stärker. Der Ascites bedeutend. Der linke Vorderarm ist stark ödematös, der rechte normal. — Rp.: Liq. Kali acet., Aq. dest. ãã ℥jj, Kali jodat. gr. XV. Zweistündlich 1 Esslöffel.

19. November: Das Niveau der Flüssigkeit in der Bauchhöhle steht höher als der Nabel. Die Leber scheint verkleinert zu sein: über den unteren Rippen ist tympanitischer Schall. Das Herz ist im Querdurchmesser vergrössert. Die Herztöne nicht verstärkt. In den Lungen viele Rasselgeräusche und Pfeifen, in den hinteren unteren Theilen ist Dämpfung und kaum hörbare Athmungsgeräusche zu constatiren. Die Haut der Brust und des Rückens stark ödematös und hart. Es stellen sich oft Kopfschmerzen ein, besonders in der Stirn. Urinquantität hat etwas zugenommen, 1500 C. C.

1. December: Starker Kopfschmerz; schlechter Schlaf. Oedem beider Augenlider linkerseits und des linken Vorderarmes. Herztöne rein, nicht accentuirt. Puls mittelmässig; Art. radial. hart. Ziemlich starke Dyspnöe. In Cavo pleurae utriusque lat. ist eine bedeutende Menge Flüssigkeit nachzuweisen. Seit dem 27. November nahm Pat. täglich 3 Gr. Fuchsin, später wurde die Dosis auf 4 Gr. täglich erhöht.

Der Zustand des Kranken verbesserte sich nicht; die Dyspnöe und die Oedeme nahmen zu; besonders viel hatte er an Kopfschmerzen zu leiden.

Vom 16. Dec. wurde Fuchsin ausgesetzt. Am 9. Januar 1881 kam eine Angina catarrhalis mit Oedem der Uvula hinzu, welche übrigens beide bald verschwanden.

Bei zunehmendem Oedem des ganzen Körpers und furchtbarer Dyspnöe starb der Kranke am 22. Januar 1881.

Monat u. Dat.	24-stünd. Harnmenge.	Specifisches Gewicht.	Temperat. C.	24-stündige Eiweissmenge	Procentg. an Alb.	24-stündige Menge d. fest. Bestandth.	Besondere Bemerkungen.
Nov.							
20	1630	1,0115	19°				
21	1470	1,0115					
22	1420	1,0115	—	9,03	0,64	41,26	
23	1600	1,0115	—	12,96	0,81	46,60	
24	1790	1,0115	—	15,27	0,84	52,13	
25	1660	1,0123	—	11,59	0,70	51,44	
26	2070	1,0122	—	—	—	—	Seit dem 27. Nov. 3 Gr. Fuchsin täglich.
27	1660	1,0122	—	—	—	—	
28	1300	1,0135					
29	1580	1,0140					
30	1120	1,0140					Vom 30. Nov. 4 Gr. Fuchsin.
Dec.							
1	1270	1,0140					
3	1195	1,0145					
4	1280	1,0140					
6	1250	1,0125	—	11,67	0,93	39,32	
7	1070	1,0130	—	11,18	1,04	34,90	
8	1090	1,0135					
9	860	1,0130					
10	720	1,0140					
11	860	1,0130					
12	930	1,0123	—	7,57	0,81	28,82	
13	1060	1,0120	—	10,56	1,00	32,11	
14	1150	1,0115	—	10,04	0,87	33,49	
15	1050	1,0125	—	11,00	1,05	30,03	

Auch in diesem Falle hatte das Fuchsin nicht den mindesten Einfluss auf den weiteren Krankheitsverlauf und auf die täglich ausgeschiedene Eiweiss- und Harnmenge; das 24-stündige Eiweissquantum blieb unverändert, der Procentgehalt nahm sogar noch zu. Auch ist noch zu bemerken, dass in beiden Fällen eine Rothfärbung des Harns, von der Bouchut und de-Renzi berichten, nicht beobachtet wurde. — Hatte nun in meinen beiden Fällen die Unwirksamkeit des Fuchsins ihren Grund darin, dass diese wirklich chronische Nephritiden, während die Mehrzahl der von Bouchut beschriebenen Erkrankungen acute waren, manchmal sogar als Folge von Scarlatina; oder aber darin, dass meine Kranken schon Erwachsene waren — ist schwer zu sagen; jedenfalls wird man sich bei Behandlung der chronischen Nephritiden mit Fuchsin keinen rosigen Hoffnungen hingeben können.

Schliesslich füge ich in kurzen Worten die Resultate der am 25. Januar 1881 vom Prosector Dr. Frankenhäuser ausgeführten Section hinzu: Nephritis parenchymatosa chronica. Degeneratio amyloidea lienis, renum et mucosae intestini tenuis. Die Leber etwas verkleinert. Eine leichte concentrische Hypertrophie des linken Ventrikels. Die Reaction mit Jod und Schwefelsäure erschien am eclatantesten an den Malpighischen Körperchen der Milz.

Ein Fall von Luxatio pedis (subtalica exter.) complicata. Exstirpatio tali. Heilung.

Von

Dr. J. Höppener.

Galaktion Matschigin, 48 Jahre alt, Kaufmann, wurde den *2. April 1880* um 8 Uhr Abends mit einer Luxation des linken Fussgelenks und einer 1 Zoll langen Wunde am äusseren Knöchel im Marien-Magdalenenhospitale aufgenommen. Er gab an, vor ¼ Stunde in einem zweirädrigen Cabriolet fahrend, von dem durchgehenden Pferde umgeworfen zu sein, wobei der linke Fuss in das Rad gerieth und

dadurch verrenkt wurde. Die Wunde am äusseren Knöchel soll beim Auftreten mit dem luxirten Fusse entstanden sein.

Status praesens. Der linke Fuss des kräftigen Patienten war sehr stark nach innen adducirt und supinirt. Die Spitze des Malleolus externus ragte aus einer 1 Zoll langen senkrechten Wunde etwa 1/4 Zoll hervor; vor dem äusseren Knöchel sah man einen rundlichen Vorsprung über dem Würfelbeine, welcher sich als der auswärts gerichtete Kopf des Talus durchfühlen liess. Es lag also eine complicirte Luxation des Sprunggelenkes vor, und zwar eine Luxatio subtalica externa. An der Aussenseite des Unterschenkels fand sich Hautemphysem bis zum oberen Drittel.

Die Luxation wurde gleich nach der Aufnahme ziemlich leicht reponirt und die Wunde antiseptisch behandelt, nachdem der ziemlich lebhaften venösen Blutung wegen ein Drain eingelegt war. Der Unterschenkel wurde darauf nach Lagerung in einem Drahtkorbe suspendirt und ein Eisbeutel applicirt.

Den 3. April Abends wurde der Verband gewechselt und das Drainstück entfernt.

4. April. Das Fussgelenk bedeutend geschwollen und schmerzhaft; es zeigte sich eine fast rubelgrosse livide Hautstelle vor dem Malleolus ext. Das Hautemphysem ist geschwunden.

14. April. Fluctuation 1 Zoll vor dem Malleolus ext., wo sich beim Einschnitte in eine zehnergrosse necrotische Hautstelle 1 Unze blutigen übelriechenden Secrets entleerte. Nach Ausspritzung mit 5% Carbollösung zeigte sich den folgenden Tag wenig Eiter, der nicht mehr übelriechend war.

27. April. Ein Einschnitt an der Innenseite des Fussgelenks gemacht, wobei sich eine halbe Unze Eiter entleerte.

3. Mai. Die ursprüngliche Wunde am Malleolus ext. verheilt. Die Incisionswunde an der Aussenseite hat sich durch Hautnecrose vergrössert und das etwas bewegliche Sprungbein ragt mit dem äusseren Rande der hinteren Gelenkfläche ein wenig hervor.

11. Mai. Die Eiterung ist gering. Es bildet sich eine *Pneumonie* im rechten oberen Lappen aus. 39,6 A., 37,2—38,2 M.

12. April. Das bewegliche *Sprungbein* liess sich ziemlich leicht aus der äusseren erweiterten Incisionswunde *exstirpiren*, wobei sich fast der ganze Knorpelüberzug zerstört zeigte, während die Gelenkhöhle sich glatt anfühlte.

25. Mai. Die Pneumonie erstreckte sich über den unteren rechten Lappen. Es hatte sich ein kleiner Decubitus am Hacken gebildet, woher ein *Gypsverband mit der Volkmann'schen Dorsalschiene* angelegt wurde, so dass das untere Viertel des Unterschenkels und der Hacken frei blieben.

In die Gelenkhöhle wurden 2 Drainröhren eingeführt. Die Wunde gut granulirend.

4. Juni. Pat. ist vollkommen fieberfrei. Die Pneumonie ist bis auf einen geringen Bronchialkatarrh geschwunden. Die Wundhöhle hat sich bedeutend verkleinert. Der Decubitus am Hacken verheilt.

9. Juni. Bis auf den Wundcanal, der durch ein Drainrohr offen erhalten wird, ist von der Aussenseite des Fussgelenks alles verheilt. Die Incisionswunde an der Innenseite in der Tiefe verheilt. Der Lister'sche Verband wird jetzt über 3 Tage verändert, während der Wechsel bis jetzt fast täglich stattfand.

20. Juni. Das Drainrohr bis auf 1/2 Zoll verkürzt; sehr wenig Eiter auf dem Verbande.

24. Juni. Das Drainstück entfernt.

27. Juni. Fast alles verheilt. Pat. fühlt sich sehr wohl und erholt sich.

10. Juli. Der Gypsverband wurde abgenommen und, da der Fuss die Neigung hatte sich nach innen zu kehren, so wurde eine innere *Seitenschiene nach Bell* angelegt. Pat. machte darauf Gehversuche auf Krücken gestützt.

27. Juli. Der *Fuss* stand *normal* und konnte ohne Schmerzen in ziemlich ergiebigen Grade gebeugt und gestreckt werden. Pat. hatte seine früheren Kräfte wieder erlangt; die rechte Lunge war vollständig gesund.

Den 1. August verliess Pat. geheilt das Hospital.

Jetzt den 7. April 1881 geht Pat. nur leicht auf einen Stock gestützt herum, empfindet keine Schmerzen im Fussgelenke, welches er fast ebenso gut wie das gesunde bewegt und streckt. Das linke Bein ist nur um 1/4 Zoll verkürzt, was dem Pat. kaum bemerkbar ist.

Referate.

G. Karrik: Ueber die beste Methode zur Verhütung von Narben nach Pocken. (Wratsch. № 12.)

In einer Sitzung der Gesellschaft der praktischen Aerzte St. Petersburgs hielt Verf. einen Vortrag über die verschiedenen Methoden, die während der Eruption der Pocken anzuwenden sind, um Narben zu verhüten. Nach kritischer Beleuchtung der verschiedenen Arten des Gebrauches von Kälte, Salben etc. bleibt Verf. bei der 1863 an der Edinburgher Klinik versuchten *Methode von* Andrew Smarth stehen, die vom Verf. 13 Mal mit sehr gutem Erfolge angewandt worden. Schon vor vielen Jahren wurde von Graves in Dublin eine Lösung von Guttapercha in Chloroform vorgeschlagen, bewährte sich jedoch nicht, da nach dem Verdunsten des letzteren ersteres platzte und keinen gleichmässigen Ueberzug gab. Statt dessen hat nun Smarth Gummi elastic. in Chloroform gelöst angewandt.

Man stellt sich die Lösung folgendermassen dar: Ein Stück Gummi feinster Qualität wird in kleine Stücke zerschnitten und in eine 4 Unzenflasche, die zur Hälfte mit Chloroform gefüllt, geworfen, sodass die Flasche zu 3/4 voll wird, worauf man so lange schüttelt, bis sich der Gummi gelöst.

Von dieser Lösung trägt man mit einem weichen Pinsel 3—5 Mal täglich auf jede sich bildende Eruption eine Schicht auf, die anfangs hellgrau, nach wiederholtem Aufpinseln jedoch eine schwarze Farbe zeigt, Luft und Licht abschliesst und einen leicht elastischen Druck ausübt. P.

Lacher: Ueber Zwerchfellshernien. (D. Arch. f. klin. Med. Bd. 27, Heft 3 und 4. S. 268 ff.)

Der Verf. beschreibt 3 neue Fälle von Zwerchfellshernien (zwei congenitale und eine acquirirte) und giebt dann eine Uebersicht der bisher in der Literatur bekannt gewordenen Fälle. Er theilt dieselben in zwei grosse Gruppen, nämlich in congenitale (123) und in acquirirte (143) Zwerchfellshernien, wozu als dritte Gruppe noch 10 Fälle kommen, über welche nur wenig genaue Angaben sich vorfinden. Von 276 Zwerchfellshernien waren nur 28 (fast ausschliesslich congenitale) herniae verae mit einem aus Pleura und Peritonäum oder nur aus letzterem gebildeten Bruchsacke. 225 Fälle (81,53%) betrafen die linke, 42 (15,21%) die rechte Seite; in 6 Fällen war die Lage nicht sicher bestimmt worden; sowohl unter den congenitalen als auch unter den acquirirten Zwerchfellshernien überwiegen die linksseitigen bedeutend. Unter den dislocirten Organen fand sich der Magen 161 Mal, das Colon oder Theile desselben (meist Colon transversum) 145 Mal, Netz 96 Mal, Dünndarm 83 Mal, Leber 45 Mal, Duodenum 35 Mal, Pankreas 27 Mal, Coecum 20 Mal, Niere 2 Mal. Männer werden von acquirirten Zwerchfellshernien häufiger betroffen als Frauen und zwar am häufigsten in den Jahren der grössten Rüstigkeit (20—50). Die Diagnose ist meist schwierig: Verdrängung des Herzens, Lungencompression, Dyspnoe, verschiedene schmerzhafte Empfindungen, Verdauungsbeschwerden und dgl., wozu zuweilen innere Incarcerationserscheinungen kommen, sind die wechselnden und inconstanten Symptome der Zwerchfellshernien, die häufig bis zum Tode latent bleiben. Therapie: vorsichtiges diätetisches Verhalten. Ferner, Eingehen mit der ganzen Hand in den Mastdarm und vorsichtiges Herabziehen der dislocirten Baucheingeweide (nach Nussbaum). Bei Einklemmungserscheinungen die Laparotomie. Rr.

Th. Gluck und A. Zeller: Die prophylaktische Resection der Trachea. (Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. XXVI. Heft 2.)

Da die bisher bei Operationen in Mund und Rachen angewandten Vorbeugungsmittel gegen die Schluck-Pneumonie durchaus nicht immer gehörig schützen, haben G. und Z. ein neues Verfahren ersonnen und an Hunden geprüft, um sicher zu verhüten, dass Wundsecrete aus Mund oder Kehlkopf in die Lungen gelangen. Die Idee ist die, dass die Trachea quer ganz durchtrennt und nun der obere Stumpf derselben möglichst entfernt vom unteren an der Epidermis befestigt wird, damit durch den oberen Stumpf Wundsecrete des Mundes etc. direct nach aussen fliessen, ohne auch nur die Möglichkeit zu haben, in den unteren Abschnitt der Trachea zu treten. So wäre die gefürchtete Deglutitions-Pneumonie positiv umgangen. An Hunden verfuhren G. und Z. folgendermaassen: In Narcose wurde über dem dritten oder vierten Trachealring ein 6 Ctm. langer Querschnitt durch die Haut gemacht, dann wichen die Wundränder so weit auseinander, dass das fernere Eindringen zwischen die M. sternohyoidei in der Längsrichtung geschehen konnte. Ist man auf die Trachea gelangt, so wird diese mit einer stumpfen Aneurysma-

nadel von dem sie einhüllenden Bindegewebe in ihrem ganzen Umfang gelöst, dann fasst man die Trachea mit Häckchen, schneidet zwischen drittem und viertem Trachealring ein, lässt diese Oeffnung dilatirt halten und durchtrennt nun die Trachea in ihrer ganzen Circumferenz. Nun wird der untere Trachealstumpf möglichst weit nach einer Seite, z. B. nach rechts, verzogen und dort durch Suturen im Wundwinkel fixirt. Es kann hierbei geboten sein, die Muskeln (rechts) etwas quer einzuschneiden. Um das obere Ende der Trachea recht weit vom untern zu placiren, zieht man es nicht aus der Wunde zwischen beiden M. sternohyoidei hervor, sondern dringt auf dasselbe aus der gemeinsamen Hautwunde zwischen M. sternohyoideus und sternothyreoideus der anderen Seite (hier links) vor, zieht es in den zweiten (linken) Wundwinkel und näht es an. Es liegt also ein M. sternohyoideus zwischen beiden Enden der Trachea, über diesem wird nun noch die Haut mit einigen Suturen vereinigt, so dass eine ziemlich solide, breite Brücke von Gewebe zwischen dem unteren luftzuführenden und dem oberen secretableitenden Trachealstumpf zu liegen kommt.

In das untere Ende wird eine Tracheal-Canüle eingeführt, in das obere ein Drainrohr. 4—5 Tage nach dieser Operation wurde die Exstirpation des Kehlkopfs gemacht. Endlich die Nachoperation zur Wiedervereinigung der Trachealstümpfe bestand darin, dass die Brücke getrennt wurde, darauf erst das obere, dann das untere Trachealende wieder ausgeschält, in die Medianlinie verlagert und vernäht wurde. Es soll auch dieser Act wenig Blutung geben und nicht sehr schwierig sein, besonders da man die hintere Trachealwand auch unvernäht lassen darf. An der menschlichen Leiche wurde ganz genau nach demselben Plan operirt und scheinen auch beim Menschen dieser Operation keinerlei Schwierigkeit entgegen zu stehen. Es gelang sogar hier nicht schwer die Enden so zu fixiren, dass das obere, secretleitende Ende tiefer zu liegen kommt als das untere, was natürlich ein Ueberfliessen von Wundflüssigkeiten vom oberen drainirenden Rohr in das luftzuführende noch mehr erschweren würde. Mediastinitis ist bei keinem Hunde beobachtet worden, ebensowenig Schluckpneumonie. T.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Prof. Winternitz (Wien): Die Aufgaben der Hydrotherapie bei der Lungenphthise. Wiener Klinik 1881, Heft 4. Urban und Schwarzenberg.

Die wichtige Rolle der Hydrotherapie bei Lungenleiden wird in der Gegenwart immer mehr anerkannt und daher wird es manchen Collegen, die nicht die Möglichkeit haben sich in Specialwerke der Hydrotherapie zu vertiefen, gewiss angenehm sein, in kurzer, klarer Darlegung einen Ueberblick darüber zu gewinnen, welche Indicationen und Maximen bei Anwendung des Wassers bei Lungenleidenden in Betracht zu ziehen sind. Verf. giebt in fasslicher Weise Theorie und Praxis und betont den prophylaktischen Werth der Hydrotherapie, da wir ja bis jetzt bezüglich der Causalindicationen noch wenig leisten können.

Die Ausstattung seitens des Verlages der «Wien. Klinik» ist bereits als so vorzüglich bekannt, dass sie keiner speciellen Erwähnung bedarf. P.

F. Weber: Die Heilquellen von Staraja-Russa. Badeführer. St. Petersburg 1881.

Dieses Büchlein des in Staraja-Russa erst seit 1880 während der Saison prakticirenden, sich aber um unser Nowgorod'sches Soolbad durch Wort und Schrift schon sehr verdient machenden Autors, umfasst Pläne, Ansichten und mehr als 12 Bogen Text. Alles das, worauf es dem Leser einer Badeschrift, namentlich dem Laien, ankommt, ist berücksichtigt, bereits Bekanntes verwerthet, viel Neues gesammelt und jeder Zeile das Gepräge warmen, aufrichtigen Interesses für den Ort aufgedrückt worden. Einer energischen Protection, wie sie W. Russa angedeihen lässt und welcher sich ihrer Zeit auch die renommirtesten Bäder des Auslandes nicht entschlagen konnten, bedürfen unsere inländischen Mineralquellen noch sehr und treten wir ihr, selbst wenn Ueberschwänglichkeiten (dieses Gemeingut balneologischer Monographieen) vorkommen, nicht entgegen, doch können wir die Eile, sogar Flüchtigkeit, mit der mancher Badeführer, auch der vorliegende, zusammengestellt ist, nicht gutheissen. Im Interesse einer etwaigen zweiten Auflage weisen wir auf einige Angaben, denen im Buche selbst widersprochen wird, hin. Z. B. pag. 24 heisst es, dass die mittlere Temperatur der Atmosphäre während der Badesaison in Russa = 14,3° R. ist, also höher steht als in Reichenhall, wo sie = 13° und in Oennhausen (Oeynhausen?), wo sie 13,5° R. beträgt, — während pag. 115 zu lesen ist, dass Reichenhall eine mittl. Sommertemper. von circa + 15° R., Oyenhausen (Oeynhausen?) eine von 15,37° R. hat. Auf Seite 115 heisst es auch, dass so grosse Temperaturschwankungen wie in Reichenhall, nämlich 6,7° R. (6,4°?), in Staraja-Russa fast nie beobachtet wurden, während doch pag. 24 gesagt ist, dass Tietzner für den letzteren Ort eine Schwankung von 6⁵/₈° R. (= 6,83°) constatirt.

W. tadelt mit Recht (obgleich in sehr milden Ausdrücken) die Indolenz der sog. guten Bürger von Russa in Bezug auf Alles, was das Badeort als solchen heben könnte und giebt wiederholt zu, dass der Comfort und die Verpflegung, im Vergleich zu den Bädern des Auslandes, ungenügend sind. Eine gewisse Misère im Cursaale und Badehause, auf der Strasse und im eigenen Logis, in Küche und Keller ist es aber gerade, was, unseres Erachtens, von den meisten Kranken schwerer ertragen wird, als selbst die Kürze der Saison oder der Mangel an landschaftlichen Reizen, und namentlich die Reichen vorläufig noch von unseren überaus kräftigen, heimischen Quellen fern halten dürfte! F.—t.

Russische medicinische Literatur.

№ 135. N. Schtscherbakow: Gegenwart und Zukunft der kaukasischen Mineralbäder.

№ 136. **Westnik Wodoletschenija.** № 6.
Inhalt: a) Schott: Ueber den Einfluss der Bäder auf's Herz.

№ 137. E. Spiegel: Gegenwärtiger Zustand des Mineralbades Druskeniki.

№ 138. W. Tschugin: Ueber die klimatischen Curorte des südlichen Ufers der Krim.

№ 139. **Sitzungsprotocoll der Odessaschen balneologischen Gesellschaft** vom 3. Februar 1881.

№ 140. E. Lewis: Ueber feuchtes und trocknes Schwitzen.

№ 141. Derselbe: Ueber kalte Abreibungen.

№ 142. P. Sklotowski: Ueber den Einfluss der klimatischen Eigenthümlichkeiten von Kisslowodsk auf die Behandlung der chron. Lungenentzündung.

№ 143. Th. Heydenreich: Die alcalische Mineralquelle „Kissela Woda" bei Arandshelowez in Serbien.

№ 144. **Wratsch.** № 23.
Inhalt: a) A. Schtschastny: Die epidemische Conjunctivitis im 44. Reserve-Infant.-Bataillon in Kijew am Ende 1880 und zu Anfang 1881.
b) Alfejew: Ueber die Wirkung der Convallaria majalis bei Intermittens.
c) P. Peskow: Einige Schlüsse aus der sanitarischen Untersuchung der Webereien in Moskau.
d) G. Karrik: Ueber Kumyss. (Forts.)
e) M. Petrowski: Medicinisch-topographische Beschreibung der Stadt Artwin im Batum-Gebiet.

№ 145. **Wratschebnija Wedomosti.** № 472.
Inhalt: a) W. Masslowski: Ueber Schleimpolypen der Uterinhöhle. (Schluss).
b) A. Sawrinski: In Anlass der Sanitätsaufsicht in den Schulen St. Petersburgs.
c) E. Kasanski: Die Epidemie von acutem Magendarmkatarrh (Cholera nostras) unter den Truppen im Lager bei Ssaratow (Schluss).

№ 146. **Anzeiger der Mineralbäder von Staraja-Russa** № 3.
Inhalt: a) Ueber den inneren Gebrauch der Mineralquellen von Staraja Russa.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Compendium der Pharmacie von Dr. R. Godeffroy. Lief. 21 u. 22. Moritz Perles. Wien 1880.

— Arbeit und Lebensnoth, aus dem Gesichtspunkte der Gesundheitspflege und des Humanismus betrachtet von Dr. Ed. Reich. Gust. Hempel. Berlin 1881.

— Verhandlungen der medicinischen Section der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur; Sitzung vom 4. Februar. (Sep.-Abdr. aus der Breslauer ärztl. Zeitschrift № 9 und 10).

— Ueber die toxische Wirkung des Phosphors und Phosphorwasserstoffs auf den thierischen Organismus von Jac. Brillant. (Inaug. Dissertat. russ.) — St. Petersburg 1881.

— Zur Guttmann'schen Pilocarpinbehandlung der Diphtheritis von Dr. Guttmann. (Sep.-Abdr. aus d. Bresl. ärztl. Zeitschrift № 8 und 9).

— Bulletin hebdomadaire de l'association scientifique de France. № 61.

— Revista médico-quirurgica. № 2.

— Hypnotische Versuche von Dr. O. Motschutkowski und Dr. B. Oks. (Sep.-Abdr. aus Lief. 4 der «ärztl. Arbeiten des Odessaer Stadthospitals», russ.).

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztlichen Vereins.

Sitzung vom 2. März 1881.

1. Dr. von Magawly fügt zu dem ersten von ihm in der vorigen Sitzung referirten Fall hinzu, dass die Sehkraft wiederkehrt. Die Netzhaut hat sich im innern untern Quadranten angelegt und er zählt Finger auf ¹/₂ Meter Entfernung. Die Therapie besteht in Anwendung von Pilocarpin und Tragen eines Druckverbandes. Das

Pilocarpin erweist sich überhaupt immer mehr als segensreich. Einem Knaben war im vorigen August ein Steinsplitter ins linke Auge geflogen Seit dem November zeigte sich im rechten Auge sympathische Entzündung der Netzhaut; er zählte damals Finger links nur auf 2 Fuss Entfernung; aber auch rechts nur auf 6 Fuss. Nach 6 Injectionen ist fast die volle Sehschärfe auf dem sympathisch afficirten Auge wiedergekehrt.

2. Dr. Lingen führt zunächst kurz einen Fall von Eclampsie bei einer schwangeren Frau an, bei dem er Gelegenheit gehabt zu sehen, wie begründet die Warnungen vor Anwendung des Pilocarpin bei Eclampsie sind. Chloroforminhalationen und Lavements aus Chloralhydrat erwiesen sich als nur für sehr kurze Zeit wirksam und die Kranke starb nach 12 Stunden, aber bei hochgradigem Trismus war eine starke Schleimansammlung im Munde vorhanden und wenn da noch Pilocarpin seine Wirkung gethan hätte, so wäre ein Hinabfliessen des Secrets unvermeidlich gewesen. Sodann berichtet

3. Dr. Lingen über einen Fall von zweifelhafter oder schwer zu definirender Erkrankung des Gehirns und Rückenmarks, betreffend einen jungen Mann, und zwar den Mann der oben geschilderten Frau. Er erkrankte an Durchfall und Fieber und es entwickelte sich ein Typhus abdominalis. Fieber und Diarrhoe hielten 4 Wochen an; obgleich schon nach 8 Tagen ein Abfall mit Schweiss eintrat. Delirien waren nicht vorhanden. Verordnet waren Acidum muriat., Chinin und kalte Waschungen und Umschläge. Abfall der Temperatur mit Schweiss und normale Temperatur für 2—3 Tage wiederholte sich noch, so dass an eine Complication mit Recurrens gedacht werden konnte. In der Reconvalescenz trat Gedächtnissschwäche auf und in Folge dessen confuse Antworten und Wahnvorstellungen. Alle Begebenheiten der letzten Vergangenheit waren aus dem Gedächtniss völlig ausgewischt, während längst Vergangenes gut erhalten war. Dabei war kein Irresein vorhanden und Patient räsonirte logisch, konnte auch Rechnungen machen etc. Verordnet waren anfangs Roborantien und Arnica. Bei erneutem Examen im Verein mit einem noch hinzugezogenen Arzte, ergab die Anamnese etwas Alkoholmissbrauch und einige früher vorgekommene nervöse Verstimmungen. Im weitern Verlauf trat noch Verschlimmerung ein. Namentlich zeigten sich nun bei längerem Sitzen Schmerz im Rücken und Schmerzpunkte an den untern Lumbalwirbeln und an der Sacroiliacalsymphyse. Ausserdem traten Zuckungen in den Beinen auf und Schwäche beim Gehen und Fieber. Supponirt wurde vom Vortragenden eine Meningitis spinalis oder cerebrospinalis und demgemäss Quecksilbersalbe und Jodkali verordnet. 4 Wochen lang wurde Ungt. ciner. ℨj eingerieben und Jodkali Gr. XV p. die gereicht. Das Fieber schwankte zwischen 38 und 40°. Es traten profuse Schweisse auf und starke Schmerzen im Rücken; dabei konnte Patient kaum mehr die Füsse heben. Nachdem endlich das Fieber geschwunden, fand wieder eine Consultation statt. Psychisch war der Zustand unverändert, die sensibeln und motorischen Symptome und der Kräftezustand waren schlechter geworden. Es wurde nun Arsen und Strychnin verordnet. In diese Zeit fiel der Tod der Frau, der Patient sprach von der Frau und vermisste sie; durch die Unruhe im Hause wurde er aufgeregt, und fragte später wiederholt ob sie beerdigt sei? So steht die Sache augenblicklich; eine wesentliche Veränderung ist nicht eingetreten.

4. Dr. Kernig macht kurze Mittheilung über einige vorläufige Versuche mit prolongirten lauen Voll-Bädern, welche gegenwärtig nach dem Vorgange von Riess in der Typhusbehandlung Anwendung finden und welche in letzterer Zeit hier in Petersburg durch die Veröffentlichungen von Afonassjew aus der Klinik von Manassein angeregt worden sind. Die Temperaturmessungen vor und nach dem Bade sind im Rectum gemacht und sind von dem Referenten selbst und von Dr. Krusenstern im Obuchow-Hospital angestellt worden. Da das Pflege- und Wartepersonal in keiner Weise bei den Temperaturmessungen betheiligt war, so kann für die Richtigkeit der Einzelbestimmungen eingetreten werden. Die Zahl der gemachten prolongirten Bäder ist bis jetzt keine grosse: 38, davon entfallen 2 auf eine Kranke mit Typhus abdominalis am 22. Krankheitstage (Pat. befand sich am Ende der Krankheit und hatte weiter keine Bäder nöthig), 4 Bäder kommen auf einen Fall von exanthematischen Typhus am 4., 5. und 6. Krankheitstage (Pat. wurde in eine andere Abtheilung übergeführt) und die übrigen 32 Bäder kommen auf eine Kranke mit Typhus abdominalis; der Typhus verlief bei derselben mittelschwer und ohne Complicationen; die Bäder wurden vom 8. bis 24. Krankheitstage Morgens und Abends gemacht.

Unter den obwaltenden Hospitalsumständen war es nur ausnahmsweise (6 Mal) möglich gewesen die Dauer von 3 Stunden für jedes Bad einzuhalten, doch beträgt die durchschnittliche Dauer aller jener 38 prolongirten Bäder genau 2 Stunden. Bei der Kranken mit Typhus exanthematicus, einer kleinen elenden mageren Person war es nicht möglich die Bäder von 26° bis 27° R. länger als eine Stunde dauern zu lassen. Das Frieren wurde so stark, dass Pat. aus dem Bade genommen werden musste. Bei der Kranken, auf welche 32 Bäder entfallen, hat das kürzeste Bad 1 Stunde 19 Minuten, das längste 3 Stunden 7 Minuten gedauert. Die Temperatur der Bäder betrug bei dieser Patientin anfangs im Mittel ca 26° R., bei den späteren Bädern wurde möglichst Acht gegeben immer 25° während des Bades durch Nachgiessen festzuhalten. Was nun die Wirkung aller dieser lauen prolongirten Bädern auf die Temperatur des Rectum, die unmittelbar vor und 10—20 Minuten nach dem Bade gemessen wurde, anbetrifft, so fiel sie natürlich höchst verschieden aus. Im Einzelnen schwankte die Herabsetzung, welche die Rectumtemperatur durch diese Bäder erfuhr zwischen 0,0° (einmal) und 2°,1 und wenn man die Mittelzahl aus allen 38 Bädern zieht, so beträgt die Herabsetzung der Rectumtemperatur 0,88°. Es fiel, wie ja von vornherein zu erwarten stand, die Herabsetzung der Rectumtemperatur im Allgemeinen in den späteren Krankheitstagen und bei den Abendbädern intensiver aus als in den früheren Krankheitstagen und bei den Morgenbädern. Die durchschnittliche Wirkung der Morgenbäder beträgt 0,60°, die der Abendbäder 1,03°, wobei noch zu berücksichtigen ist, dass die Durchschnittsdauer der Abendbäder eine geringere (1 Stunde 43 Minuten) war als die der Morgenbäder (2 Stunden 25 Minuten). Dieses ist in Kürze das Resultat dieser vorläufigen Versuche in Bezug auf die Rectumtemperatur. Selbstverständlich enthält sich Ref. gegenwärtig jedes allgemeineren Urtheils über die prolongirten Bäder; er bemerkt nur, dass die dritterwähnte Kranke, eine nicht magere, eher apathische Person, die Bäder subjectiv gut vertrug, und dass der Abdominaltyphus, wenn auch protrahirt, so doch ohne gröbere Störungen bei ihr verlief. — Um einen unmittelbaren Vergleich der eben erwähnten lauen prolongirten Bäder hinsichtlich der Wirkung auf die Rectumtemperatur mit den gewohnlichen, und seit langen Jahren tagtäglich im Obuchowschen Hospital in grosser Anzahl angewandten kurzen kühlen Vollbäder von 22° R. und 10 bis 15 Minuten Dauer zu haben, liess Ref. zur selben Zeit, als obige Beobachtungen gemacht wurden, an zwei anderen Kranken unter seinen Augen diese letzteren Bäder machen, Die Rectumtemperatur wurde von ihm unmittelbar vor dem Bade und ebenfalls 10—20 Minuten nach dem Bade abgelesen. Die Temperatur des Wassers betrug immer fast genau 22° R., die Dauer der Bäder schwankte zwischen 10 und 15 Minuten. Diese zweite Beobachtungsreihe umfasst 22 Bäder, von denen 5 auf eine Kranke im 2. Recurrensanfall und 17 auf eine Kranke mit Abdominaltyphus, und zwar auf die Zeit vom 10. bis 22. Krankheitstage entfielen. Das Mittel bezüglich der Herabsetzung der Rectumtemperatur betrug bei diesen 22 kurzen kühlen Bädern 0,90° C., also (wohl zufällig) fast genau dasselbe wie das Mittel bei den obigen 38 prolongirten lauen Bädern, wo es, wie oben gesagt, 0,88° C., betrug. Im Einzelnen schwankte auch bei den kurzen kühlen Bädern die Herabsetzung der Rectumtemperatur zwischen 0,0 (einmal) und 1,6°. C., die Abendbäder erwiesen sich auch hier bei gleich grosser Durchschnittsdauer (dieselbe betrug bei den Morgenbäder 12,25 Minuten, bei den Abendbäder 12,44 Minuten,) als die wirksameren, das Mittel aus ersteren beträgt 1,18, das Mittel aus den Morgenbädern beträgt 0,69. Bei der Typhuskranken erwiesen sich ebenfalls an den späteren Krankheitstagen die kurzen kühlen Bäder im Allgemeinen wirksamer hinsichtlich der Temp. als an den früheren Krankheitstagen.

Durch Anfragen veranlasst spricht sich Dr. Kernig endlich noch gegen die Möglichkeit aus, ohne sehr grosse und schwierige Cautelen die Wirkung auf *die Temp. der Achselhöhle während* und im Verlaufe prolongirter Bäder verfolgen zu können. Wie ihm aus Versuchen an sich selbst aus früherer Zeit bekannt ist, gehören selbst für einen Gesunden und für einen an sich selbst exprimentirenden Mediciner förmliche Kunstgriffe dazu die Achselhöhle während eines noch viel kürzeren Bades gegen Wassereindringen geschlossen zu erhalten.

z. Z. Director Dr. Herrmann.
Secretär Dr. Tiling.

Tagesereignisse.

— Der Dirigirende des Med.-Departements beim Ministerium des Innern Geheimrath Dr. Rosow ist auf seine Bitte wegen Krankheit verabschiedet worden mit Belassung in seiner Stellung als berathendes Mitglied des Med.-Raths und Ehrenmitglied des Veterinär-Comités.

— Ueber den jüngst hierselbst verstorbenen Herausgeber und Redacteur des „Medizinski Westnik", Dr. Dmitrowski, bringen wir heute noch einige biographische Notizen:

D. war der Sohn eines Arztes und stammte aus dem Orelschen Gouvernement. Nach Absolvirung des Cursus im Orelschen Gymnasium bezog er im Jahre 1855 die medico-chirurgische Academie, von welcher er im Jahre 1860 den Arztgrad cum laude erhielt und auf 3 Jahre in dem bei der Academie bestehenden ärztlichen Institut zur weiteren Vervollkommnung belassen wurde. Während dieser 3 Jahre beschäftigte er sich speciell mit der Augenheilkunde und erlangte im Jahre 1863 nach Vertheidigung seiner Dissertation „Ueber den Einfluss des Halstheiles des Sympathicus auf die Blutcirculation in der Choroidea und Retina" die Doctorwürde. Er bekleidete hierauf mehrere Jahre den Posten eines Ordinators an der ophthalmologischen Abtheilung des klinischen Hospitals bis er im Jahre 1869 zum älteren Ordinator des Nikolai-Militärhospitals ernannt und gleich darauf auf Kronskosten in's Ausland geschickt wurde, wo er sich 2 Jahre hindurch in den Kliniken von Wien, Würzburg und Berlin namentlich mit seinem Specialfache beschäftigte. Nach seiner Rückkehr aus dem Auslande trat er wieder in das Amt eines Ordinators am Nikolai-Militärhospital und übernahm im Jahre darauf (1872) von Prof. Tschistowitsch die Redaction des „Medizinski Westnik", welche er in würdiger Weise ununterbrochen fast zehn Jahre hindurch fortführte, bis ein Flecktyphus, mit dem er sich am Bett eines Kranken

inficirt hatte, seinem Leben ein Ziel setzte. Der Verstorbene genoss bei Allen, die ihn kannten, den Ruf eines fleissigen, strebsamen und wissenschaftlich tüchtigen, dabei zugleich äusserst bescheidenen und anspruchslosen Mannes.

— In Kaluga ist am 14. Mai d. J. ein Veteran des ärztlichen Standes, der verabschiedete Medicinalinspector Staatsrath Theodor Becker gestorben. Nach Beendigung seiner medicinischen Studien auf der Moskauer Universität im Jahre 1829 liess er sich als Arzt in Kaluga nieder, wo er ununterbrochen bis zu seinem Lebensende — also 51 Jahre hindurch — die Praxis ausübte und sich einer grossen Popularität erfreute. Vom Staatsdienst zog er sich bereits im Jahre 1869, nachdem er 35 Jahre ausgedient hatte und pensionirt worden war, zurück.

— Am 26. Mai hat, wie der Badeanzeiger von «Staraja Russa» berichtet, die feierliche Eröffnung der Badesaison in Staraja Russa in Gegenwart des Gouverneurs, des Gouvernements-Medicinal-inspectors, sämmtlicher daselbst prakticirenden Aerzte und eines grossen Publicums stattgefunden. Die diesjährige Badesaison verspricht eine recht lebhafte zu werden, da in der ersten Woche des Juni-Monats bereits 625 Badegäste eingetroffen sind, — von diesen die meisten aus St. Petersburg (515), nächstdem aus Moskau (63).

— Wie die Tagesblätter berichten, ist hier eine «*Gesellschaft von Anhängern der Homöopathie*» in der Bildung begriffen. Es soll bereits die erste Versammlung stattgefunden haben, in welcher ein Herr Kerbeds präsidirt hat und zu Gliedern der Verwaltung die Herren Shurowski, Solowjew, Basilewski, Grigorjew und Wassiljew gewählt worden sind. Welche edlen Ziele diese Gesellschaft sich vorgesteckt hat, darüber verlautet bis jetzt noch nichts.

Miscellen.

— In der Woche vom 31. Mai bis 6. Juni c. haben wieder 544 Kranke (542 Männer, 2 Frauen) wegen Mangels an freien Plätzen in den Hospitälern abgewiesen werden müssen. Dieser dringenden Noth ist jetzt dadurch einigermassen abgeholfen worden, dass am 8. Juni im Nikolai-Militär-Hospital weitere 400 Plätze für Civilkranke zur Verfügung gestellt sind.

— Bekanntlich ist bereits seit einiger Zeit durch Dr. Passant in Paris ein ärztlicher Nachtdienst eingeführt worden, der so eingerichtet ist, dass die Hülfesuchenden vom Polizeibureau des Bezirks an diejenigen Aerzte gewiesen werden, welche sich zur ärztlichen Hülfeleistung bereit erklärt haben. Im ersten Vierteljahre 1881 betrug dem von Dr. Passant veröffentlichten Berichte zufolge, die Summe der gemachten Nachtbesuche 1770, also 19,66 durchschnittlich in einer Nacht. Von diesen Nachtbesuchen betrafen 37 pCt. Männer, 50 pCt. Frauen und 13 pCt. Kinder unter 3 Jahren.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 7. Juni 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	951	343	1294
Alexander- «	764	160	924
Kalinkin- «	—	460	460
Peter-Paul- «	384	177	561
St. Marien-Magdalenen-Hospital	166	73	239
Marien-Hospital	295	465	760
Ausserstädtisches Hospital	543	149	692
Roshdestwensky-Hospital	61	20	81
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	317	142	459
6 zeitw. Hospitäler	896	127	1023
Ausschlags-Hospital	17	11	28
Summa der Civilhospitäler	4394	2127	6521
Nikolai-Kinder-Hospital	48	49	97
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	64	78	142
Elisabeth-Kinder-Hospital	25	16	41
Summa der Kinderhospitäler	137	143	280
Nicolai-Militär-Hospital	570	18	588
Ssemenow'sches Militär-Hospital	243	—	243
Kalinkin-Marine-Hospital	208	—	208
Gesammt-Summa	5552	2288	7840

Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	1102	571	1673
Scarlatina	13	16	29
Variola	12	8	20
Venerische Krankheiten	626	457	1083

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 31. Mai bis 7. Juni 1881 besucht von 2124 Kranken, darunter zum ersten Mal von 955.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs

für die Woche vom 24. bis 30. Mai 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 805 (Todtgeborene 29). Mortalität der Woche für das Jahr berechnet 62,50 p. M.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
507	298	805	89	43	76	19	14	37	148	99	98	79	48	27	11	17

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 71, Typh. abd. 50, Febris recurrens 60, Typhus ohne Bestimmung der Form 22, Pocken 7, Masern 4, Scharlach 13, Diphtheritis 7, Croup 3, Keuchhusten 1, Puerperalkrankheiten 7, Dyssenterie 3, Thiergift 1.

— Gehirnapoplexie 11, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 35, acute Entzündung d. Athmungsorgane 70, Lungenschwindsucht 138, Gastro-intestinal-Krankheiten 85, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 35, Marasmus senilis 23, Krankheiten des Gehirns 26, Krankheiten der Lungen 10, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 15, Krankheiten der Bauchorgane 31, Cachexia 31.

— Tod durch Zufall 13, Selbstmord 4.

— Andere Ursachen 29.

MATTONI'S

GIESSHÜBLER

reinster alkalischer **Sauerbrunn**, bestes Tisch- und Erfrischungsgetränk,
vorzüglich verwendbar bei Katarrh der Athmungs- und Verdauungsorgane und der Blase.

PASTILLES digestives et pectorales.

Vorräthig in allen **Apotheken** und **Mineralwasser-Handlungen.** Ctrl. Msk. 10884

41 (15) **Heinrich Mattoni, Karlsbad.**

Въ Книжномъ Магазинѣ **К. Риккера** въ С.-Петербургѣ
поступили въ продажу:

РУКОВОДСТВО КЪ БАЛЬНЕОЛОГІИ

Часть 1-я.

Иностранныя минеральныя воды.

Купанья и климатическія станціи.

Сочиненіе д-ра Як. Поллаха.

Переводъ подъ редакціей и съ уполненіями д-ра Д. М. Герценштейна. Цѣна 2 р. 50 к., съ перес. 2 р. 85 к.

КРАТКІЙ КУРСЪ ПСИХІАТРІИ,

Лекціи, читанныя при Императ. Казанскомъ Университетѣ д-ромъ А. У. Фрезе.
Выпускъ 1-й. Цѣна 1 р. 50 к., съ перес. 1 р. 75 к.

ГИГІЭНА И ВОСПИТАНІЕ ДѢТЕЙ

въ первомъ возрастѣ. Руководство для матерей. Цѣна 50 к., съ перес. 65 к.

Путеводитель по Липецкимъ минеральнымъ водамъ

Цѣна 60 к., съ перес. 75 коп. 94 (4)

Hofrath Dr. Steinbacher's NATURHEILANSTALT

Brunnthal (München.)

Dr. Steinbacher's Heilverfahren, eine glückliche, auf streng wissenschaftliche Grundsätze und Erfahrungen gestützte Combination der Priessnitz'schen Wasser- und Schroth'schen Diät-Cur mit Beiziehung aller neueren Naturheilfactoren, bei vollständigster Berücksichtigung des Krankheitsfalles und der strengsten Individualisirung erzielt bei vielen, namentlich auch bei Herz-, Magen-, Leber- und Rückenmarkskrankheiten, Gicht, Hautleiden, Scropheln, Nervosität, Schwächezuständen gewisser Art, Medicinvergiftung, ausserordentliche Heilerfolge. Steinbacher's Schriften geben Auskunft und sind wie auch der Anstalts-Prospect von der Anstalt zu beziehen. — Kranken-Aufnahme stets. —

Brunnthal bietet durch seine idyllische Lage, sowie die unmittelbare Nähe des kunstreichen Münchens für Jeden einen wahrhaft angenehmen Aufenthalt. 93 (1)

BAD LANGEN-SCHWALBACH

im Taunus, Preussische Provinz Hessen-Nassau.

Stärkste reine Eisenquelle mit reichem Gehalt

an Kohlensäure. 300 Meter über dem Meer. Mustergiltige Badeeinrichtungen. Eisenbahnstationen Wiesbaden, Zollhaus und Eltville.
Omnibus-Verbindung und directe Eisenbahn-Billets.

Ctrl. Msk. 13249 **Eröffnung der Saison am 10. Mai.** 77 (1)

Teplitz

(Böhmen)
Lindenstrasse
„Königshof"

Chirurg. orthopädische Heil-Anstalt.

Heilmittel: Thermal-, Moor- und Douchebäder, Electrotherapie, **Gymnastik, Massage, orthopäd. Apparate, event. Operationen.** — Auf Verlangen Pension im Hause. — Auskunft ertheilen die Leiter 39 (5)

Dr. H. Langstein, Operateur und Badearzt. **Dr. J. Samuely,** Operateur und Badearzt.

Marienbad in Böhmen. Zu jeder Auskunft über diesen Curort ist bereit und Logisbestellung übernimmt Medicinalrath **Dr. E. Heinr. Kisch,** dirigirender Hospitals- und Brunnenarzt.

73 (7)

---

75 **SCHLANGENBAD,** (1)

unübertroffener Waldcurort, sauerstoffreiche Luft, meilenlange staubfreie Waldwege, Molken, **Kräutersäfte, Kuh- und Ziegenmilch,** berühmte **Bäder** von **naturwarmem** (27—32° C.) **krystallhellem, blaugrünem, sammetweichem Wasser,** welche die Nerven beruhigen und stärken, den Blutlauf reguliren, Exsudate resorbiren und das beste natürliche Kosmeticum und Conservirungsmittel bilden. Hülfreich bei **Nervenleiden, Frauenkrankheiten, Gicht, Rheuma, Altersgebrechen, Hautübeln** und **unreinem Teint.** Ctrl. Msk. 13163.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 12 Іюня 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh., Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

ST. PETERSBURGER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg, Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 25. St. Petersburg, 20. Juni (2. Juli). 1881.

Der Einfluss der Hirnrinde auf die Körpertemperatur.

Von

Dr. W. Bechterew.

Aus dem Kabinet der Klinik von Prof. Mierzejewski in St. Petersburg.

Viele Autoren sind schon auf die Erscheinungen aufmerksam geworden, die bei verschiedenen Affectionen der Hirnhemisphären seitens der Körpertemperatur auftreten und trotzdem ist der Einfluss derselben, besonders in den Fällen, wo die Affection sich auf die Oberfläche der Hemisphären beschränkte, noch lange nicht erklärt. Erst im Jahre 1876 warfen die Untersuchungen zweier Experimentatore, Landois und Eulenburg [1], einiges Licht auf die Beziehungen zwischen der Affection der Grosshirnrinde und verschiedenartigen Abweichungen von der Norm seitens der Körpertemperatur, — auf dieses dunkle Kapitel der Neuropathologie des menschlichen Organismus. Die Untersuchungen wurden an Hunden und zum Theil an Kaninchen vorgenommen. Nachdem die Experimentatore in tiefer Narcose diesen Thieren die Schädeldecke entweder trepanirt, oder aber durchbohrt hatten, zerstörten sie entweder die entblösste Hirnoberfläche mit rothglühendem Draht, oder aber applicirten, um Reizung hervorzurufen, an dieselbe die Elektroden eines Inductions-Stromes, oder aber benutzten dazu chemische Reagentien, wie Chlornatrium, welches in dicker Lage auf die Trepanations-Oeffnung aufgestreut wurde. Die periphere Temperatur bei diesen Versuchen wurde entweder mit Hülfe des Elektro-Galvanometers von Meier und Meierstein bestimmt, oder aber mit gewöhnlichen Thermometern, die zwischen die Fusszehen placirt waren. Nach dem Versuche wurde das Thier getödtet, und bei der Section der Ort bestimmt, wo die Hirnoberfläche verletzt war. Auf Grundlage der in solcher Weise ausgeführten Untersuchungen kamen Landois und Eulenburg zu dem Schlusse, dass die in gewisser Stärke erfolgte Reizung bestimmter Abschnitte der Hirnrinde, welche um den Sulcus cruciatus belegen sind, eine Herabsetzung der Temperatur in den entgegengesetzten Extremitäten hervorruft. Dagegen bewirkt eine stärkere Reizung ebenso wie die Zerstörung eben derselben Theile des Hirns Erhöhung der Temperatur der entgegengesetzten Extremitäten, die sich zwei bis drei Tage lang, in einigen Ausnahmefällen aber sogar 3 Monate lang erhielt [1]. Die ganze thermisch thätige Gegend der Hirnrinde befindet sich vor dem Sulcus cruciatus und nimmt hauptsächlich den hinteren und seitlichen Theil der sogenannten Hakenwindung ein, welche aller Wahrscheinlichkeit nach den Centralwindungen der höheren Thiere entspricht. Die Versuche der genannten Autoren wiesen ferner das im höchsten Grade interessante Factum nach, dass es getrennte thermisch wirkende Gegenden für jede einzelne Extremität giebt; die Gegend des vorderen Beines liegt ein wenig nach vorn und aussen, in der Nachbarschaft des seitlichen Endes des Sulcus cruciatus; die Gegend des Hinterbeines ist ein wenig nach hinten gelegen. Die anderen Theile der Hirnrinde haben nach den Versuchen derselben Experimentatore keinerlei Einfluss auf die Temperatur der Glieder.

Am Schluss ihrer Untersuchungen sprechen Landois und Eulenburg die Vermuthung aus, dass die von ihnen gefundenen thermisch wirksamen Theile der Hirnrinde, welche in der Nachbarschaft der motorischen Regionen sich

[1] Landois und Eulenburg: Ueber die thermischen Wirkungen experimenteller Eingriffe am Nervensystem und ihre Beziehung zu den Gefässnerven. Virchow's Archiv 1876. t. 68. confer. Centralblatt 1876, № 15 und Berl. klin. Wochenschrift 1876, №№ 42 u. 43.

[1] Noch vor den Untersuchungen von Landois und Eulenburg beobachtete Brown-Séquard (Recherches sur l'excitabilité des lobes cérébraux. Arch. de physiol. normale et patholog. 1875, pag. 854) unmittelbar nach Zerstörung der Hirnrinde vermittelst Ausglühens — Injection der Conjunctivae, Verengerung der Pupille und leichte Temperaturerhöhung auf der Seite der Verletzung.

befinden, aller Wahrscheinlichkeit nach jenen centralen vasomotorischen Apparat darstellen, zu welchem durch das Crus cerebri die centralen Endigungen der vasomotorischen Nerven sich begeben, und welche nach der Meinung der Experimentatore einerseits vielleicht zur Uebermittelung psychischer Impulse auf die vasomotorischen Fasern dienen, andererseits mit Hülfe eines Associationssystems vielleicht ebenso zur Perception localer Temperatur- und Circulationsveränderungen dienen.

Bald nach Veröffentlichung dieser Untersuchungen bestätigte Hitzig [1] die Resultate von Landois und Eulenburg in der Beziehung, dass 1) bei Zerstörung der Hirnrinde man eine Erwärmung der entgegengesetzten Extremitäten erhält, und 2) dass man in Betreff des thermischen Einflusses der Hirnrinde die gleiche Localisation annehmen kann, wie in Betreff der motorischen Function.

Fast gleichzeitig mit den erwähnten Untersuchungen, wurde der Einfluss der Hirnrinde auf den Blutdruck und die Häufigkeit des Herzschlages nachgewiesen. Danilewsky [2] aus Charkow und unabhängig von ihm zwei Schüler Vulpian's, Bochefontaine und Lepine [3], welche die gleiche Frage bearbeiteten, gelangten zu dem gleichen Resultate, dass die Reizung der Hirnrinde in den dem Gyrus sigmoideus benachbarten Partien, Erhöhung des Blutdrucks und Verlangsamung des Pulses hervorruft. Conti [4] übrigens bestreitet den Einfluss der Hirnrinde auf den Blutdruck, er nimmt an, dass in den erwähnten Versuchen der Effect abhängig ist von dem Einfluss der Electricität auf die unten liegende weisse Substanz. Nach den Versuchen des Autors hat künstlich erzeugte Anämie der grauen Substanz (durch Injection von pulv. Lycopodii in die Art. carotis) keinerlei Veränderung des arteriellen Blutdrucks zur Folge. Doch kann eine solche indirecte Untersuchungsmethode, wie Richet richtig bemerkt, wohl kaum die directen und überzeugenden Beweise der erwähnten Autoren erschüttern [5].

Auf Grund der angeführten Untersuchungen muss man also zu dem Schluss kommen, dass die Gegenden der Grosshirnrinde, welche nach den Angaben von Fritsch und Hitzig motorische Function haben, nicht nur nach den Versuchen von Landois und Eulenburg thermischen Einfluss, sondern auch gleichzeitig einen Einfluss auf Blutdruck und Häufigkeit der Herzschläge ausüben.

Leider ist in der letzten Zeit die Genauigkeit der Untersuchungen von Landois und Eulenburg erschüttert worden durch Einwände seitens Vulpian's [6], und besonders Küssner's [7]. Ersterer Autor führt einen Versuch aus mit Excision des Gyrus sigmoideus bei einem Hunde mittlerer Grösse, welcher einige Monate lang nach dem Experiment unter Beobachtung verblieb mit Erscheinungen von Paralyse und epilept. Krämpfen; Temperaturmessungen, die von Zeit zu Zeit zwischen den Fusszehen vorgenommen wurden, zeigten eine Erniedrigung der Temperatur in der entgegengesetzten vorderen, und Erhöhung in der entgegengesetzten hinteren Extremität.

Vulpian betrachtet dieses Resultat als den experimentellen Untersuchungen von Landois und Eulenburg widersprechend, aus dem Grunde, weil bei seinem Experiment, wie die Section lehrte, die ganze Region des Gyrus sigmoideus zerstört war, und man desshalb, wie der Autor sagt, den gleichen Effect (im Sinne einer Temperaturerhöhung) sowohl für die vordere, als auch für die hintere Extremität hätte erhalten müssen. Küssner, der die Untersuchungen Landois' und Eulenburg's einer Prüfung unterzog, experimentirte ausschliesslich mit Kaninchen und kam zu negativen Resultaten. In seiner Arbeit (pag. 432) weist der Autor auf die zu kurze Beobachtungsdauer der Temperatur seitens Landois' und Eulenburg's hin, und giebt, während er die von den letzteren benutzte thermoelektrische Methode der Temperaturmessung kritisirt, in dieser Beziehung der Methode den Vorzug, ein Thermometer unter die Haut zu führen.

Was den Vulpian'schen Versuch anlangt, so ist er, wie es scheint, weit davon entfernt, um als Experimentum crucis der Theorie zu gelten, welche der Hirnrinde vasomotorischen Einfluss zuschreibt, und welche auf zahlreiche Experimente zuverlässiger deutscher Gelehrten gegründet ist. In der That, von Landois' und Eulenburg's Gesichtspunkt kann man das Resultat des Vulpian'schen Versuchs leicht derart erklären, dass die dem traumatischen Focus benachbarten Regionen der Hirnrinde in Folge der Ausdehnung des entzündlichen Processes einer mehr oder weniger starken Reizung unterliegen konnten, welche eine Abkühlung einer der Extremitäten hervorrief.

Weit genauer sind die Einwände Küssner's; übrigens trotz aller Vorsicht und Umsicht, die der Autor immer bei seinen Untersuchungen documentirt, kann man kaum die Wahl der Kaninchen als Gegenstand derartiger Untersuchungen als eine glückliche bezeichnen, da die Topographie der Centren der Hirnrinde bei diesen Thieren, allgemein gesagt, nicht mit der Genauigkeit bestimmt werden kann, wie z. B. beim Hunde [1].

Um in diese thatsächlichen Widersprüche Klarheit zu bringen, habe ich im Laufe des letzten Winters 1879—1880 eine Reihe von Experimenten an Hunden gemacht, mit Reizung und Zerstörung der Hirnrinde. Die Temperaturmessungen an den Gliedern wurden bei diesen Experimenten mit Hülfe von äusserst empfindlichen Seegen'schen Thermometern ausgeführt, deren discusförmiger Quecksilberbehälter, wie bei den Küssner'schen Versuchen, unter die Haut gebracht wurde. Zu dem Zweck wurde an verschiedenen Körperstellen, die ein reiches Unterhautbindegewebe besassen, mit dem Scalpell eine kleine Oeffnung durch die oberflächlichen Schichten der Haut gemacht und darauf mit stumpfem Instrument (z. B. mit dem Scalpellstiel) vorsichtig

[1] Hitzig. Ueber Erwärmung der Extremitäten nach Grosshirnverletzungen. Centralblatt für med. Wissenschaften № 18, pag. 323.

[2] Danilewsky. Experimentelle Beiträge zur Physiologie des Gehirns. Pflüger's Arch. f. d. ges. Physiol. t. XI, 1875.

[3] Bochefontaine. Etude expérimentale de l'influence exercée par la faradisation de l'écorce grise sur quelques muscles de la vie organique. Arch. de physiol. normale et patholog. 1876.

[4] Conti. Influence de l'encephale sur les muscles de la vie organique. Arch. de la physiol. normale et pathol. 1876, pag. 673.

[5] Richet. Structure des circonvolutions cérébrales. Thèse pour le concours de l'agrégation. Paris 1878, pag. 134 und 135.

[6] Vulpian. Destruction de la structure grise du gyrus sigmoide du côté droit sur un chien. Arch. de physiologie norm. et path. 1876, pag 814.

[7] Küssner. Ueber vasomotorische Centren in der Grosshirnrinde des Kaninchens. Arch. für Psychiatrie 1878, t. VIII. S. 443—453.

[1] Eulenburg. Berichtigung. Arch. für Psychiatrie t. VIII. S. 798—799.

das untenliegende Bindegewebe ausgedehnt, bis eine kleine Höhle gebildet war, in welche das Reservoir des Thermometers gebracht wurde [1]. Danach wurde die kleine Wunde mit einer Naht vereinigt, damit sie mit ihren Rändern den Hals des Thermometers fest umschliesse, einerseits um dasselbe festzuhalten, andererseits um es vor äusseren Schädlichkeiten zu schützen.

Soweit ich mich bei meinen Versuchen überzeugen konnte, hat die Methode der subcutanen Application des Thermometers, wie es scheint, grosse Vorzüge vor der gewöhnlichen Messung zwischen den Zehen, indem 1) man bei dieser Methode die Möglichkeit hat, Temperaturmessungen an verschiedenen Körperstellen auszuführen, ohne bei der Auswahl des Ortes für die Temperaturmessung irgendwie beschränkt zu sein; 2) — was das Wichtigste, — bei Beobachtung der oben angeführten Vorsicht die Methode der subcutanen Temperaturmessung, indem der Einfluss der Umgebung auf die Erhebung des Quecksilbers völlig ausgeschlossen wird, die grösstmögliche Sicherheit und Genauigkeit der erhaltenen Resultate verbürgt, und endlich 3) bei dieser Methode die stets unangenehme Möglichkeit, dass das Thermometer sich verschiebt oder herausfällt bei Bewegungen des Thieres, vermieden wird.

Wenn ich zwei gleiche Thermometer gesunden Thieren unter symmetrische Hautstellen brachte, so erhielt ich grösstentheils keinerlei Unterschied der Temperatur beider Seiten. Nur selten habe ich einen Unterschied, der bis zu 0,2—0,4° C. ging, constatiren können, welcher vielleicht von nicht gleich tiefer Lage der Thermometer abhing, und während der Dauer des Versuches gleich bleibend, keinen selbständigen Einfluss auf die Resultate desselben ausüben konnte.

Meine Versuche wurden folgendermassen ausgeführt: Das Thier wurde in gewöhnlicher Weise am Tisch befestigt, so dass alle vier Extremitäten ausgestreckt waren. Darauf wurden, nach der oben angegebenen Methode, Thermometer unter die Haut zweier oder sogar aller 4 Extremitäten gebracht [2]. Ausserdem wurde das Gessler'sche Thermometer mit Theilung in $^1/_{20}{}^0$ tief ins Rectum geführt und bei einigen Versuchen noch je ein Thermometer in jedes Ohr. Nachdem einige Zeit die Temperatur beobachtet worden war, begannen wir das Thier zu chloroformiren, zuweilen ging eine vorbereitende Injection von Gr. $^1/_6$—$^1/_4$ Morph. mur. vorher. In tiefer Narcose wurde dem Thier das Schädeldach trepanirt an der Grenze des Stirn- und Schläfenknochens und darauf bei einigen Versuchen die freiliegende Hirnoberfläche mit schwachem Inductions-Strom gereizt, oder mit Chlornatrium, oder aber in anderen Fällen wurde die Hirnoberfläche geätzt oder zerstört durch vorsichtiges Abtragen mit einem Messer [3]. Gleichzeitig wurde in kurzen Zeitabständen die Temperatur der Glieder abgelesen. Nach Beendigung des Versuchs wurde die Wunde mit reinem Wasser ausgewaschen, der ausgesägte Knochen von neuem an seine Stelle gebracht, und Muskeln und Haut apart genäht.

Bei allen meinen Versuchen wurden die Temperaturbeobachtungen noch nach der Operation einige Tage lang fortgesetzt, wobei die Thermometer von neuem in die Hautöffnungen des in Freiheit befindlichen Thieres gebracht wurden [1]. Um möglichst lange die Temperatur beobachten zu können, wurden die Thiere nach der Operation nicht getödtet, sondern erst nach ihrem spontan erfolgten Tode wurde die genaue topographische Bestimmung der verletzten Region gemacht. Dabei muss erwähnt werden, dass alle Thiere nach der Operation in Käfigen in freier Luft sich befanden, also in der niedrigen Temperatur der Athmosphäre. Auf diesen Umstand muss man, meiner Meinung nach, immer die Aufmerksamkeit richten, da es bekannt ist, dass die Erscheinung einer Paralyse der vasomotor. Nerven am deutlichsten bei Abkühlung des Thieres hervortreten.

Die von mir erhaltenen Resultate führen mich zu folgenden Schlüssen [2]: Reizung der Hirnoberfläche an der Stelle des Gyrus sigmoideus mit schwachem Inductions-Strom bewirkt eine Abkühlung der entgegengesetzten Extremitäten, welche am deutlichsten etwa 5—10 Minuten nach Beginn der Reizung hervortritt, und einige Minuten nach Aufhören des Reizes noch anhält. Darauf schwindet die Abkühlung allmählig und die Temperatur der Extremitäten wird einander gleich. Analog wirkt eine Reizung mit chemischen Reagentien, z. B. mit Chlornatrium. Dagegen bewirkt Zerstörung derselben Theile der Hirnrinde (durch Aetzung, Abtragung) eine Erwärmung der entgegengesetzten Extremitäten, welche einige Wochen lang andauern kann, ungeachtet dessen, dass die Erscheinungen der Parese bei den Thieren sehr schnell verschwinden, in der Mehrzahl der Fälle in den ersten 2 Tagen, oder sogar einige Stunden nach der Operation. Bei den von mir ausgeführten Versuchen wurde übrigens niemals eine so starke Erwärmung der entgegengesetzten Extremitäten erhalten, wie bei einigen Versuchen von Landois und Eulenburg [3]. Meistentheils betrug der Temperaturunterschied der beiden Extremitäten ungefähr 1° C., und selten nur stieg er bis auf 2—3° C. Aber ebenso wie bei den Versuchen von Landois und Eulenburg wurde auch bei den meinigen die stärkste Erwärmung am häufigsten an jener Extremität beobachtet, welche am deutlichsten ausgeprägt paretische Erscheinungen zeigte. Folglich muss man durchaus mit Hitzig's These übereinstimmen, dass der thermische Einfluss der Hirnoberfläche dieselbe Localisation hat, wie die motorische Function, der Effect seitens der vasomotorischen Fasern bei Reizung der Centren der Hirnrinde dauert aber in der Regel länger an, als der Effect seitens der musculo-motorischen Fasern.

[1] Bei vorsichtiger Benutzung des stumpfen Werkzeugs gelingt es fast immer, sogar geringfügige Blutung zu vermeiden.

[2] An den vorderen Extremitäten über dem Ellenbogengelenk, an den hinteren auf der äusseren Seite des Oberschenkels.

[3] Zu der Reizung mit dem Strom wurde der gewöhnliche Dubois-Reymond'sche Schlittenapparat benutzt, wobei als Electroden zwei nahe bei einander stehende Kupferdrähte benutzt wurden, welche vorsichtig auf die Hirnoberfläche applicirt wurden.

[1] Ich stimme mit Küssner vollkommen darin überein, dass, wenn man reine Instrumente benutzt, sogar bei häufigem Messen der Temperatur, leicht auch die geringsten Entzündungserscheinungen in der Wunde vermieden werden können.

[2] Die genauen Protokolle über die Versuche sind enthalten in der periodischen russischen Zeitschrift: «Wojenno-Medicinsky Journal» 1880.

[3] Bei einem der Versuche dieser Beobachter betrug der Unterschied in der Temperatur zweier Glieder 13° C.

Die Beobachtung der Temperatur im Innern der operirten Thiere zeigte, dass nach Zerstörung der Hirnoberfläche immer eine Temperatur-Erniedrigung folgt, die im Laufe einiger Stunden bis zu 2—3° C. gehen kann, um nach einiger Zeit allmählig wieder bis zur früheren Höhe anzusteigen.

Es ist schwer anzunehmen, dass eine derartig schnelle und bedeutende Erniedrigung der inneren Temperatur des Körpers als durch irgend welche zufällige Ursachen bedingt erklärt werden könnte, und ich neige daher zu der Ueberzeugung, dass sie auch in Verbindung steht mit der Zerstörung der Hirnoberfläche. Auf Grundlage meiner Untersuchungen kann ich jedoch nicht mit Sicherheit entscheiden, ob diese Erniedrigung nur vom vermehrten Wärmeverlust an der Oberfläche abhängt, in Folge Paralyse der vasomotor. Fasern der einen Seite, oder aber vielleicht ebenso von einer gleichzeitigen Aenderung in der Quantität der Wärmebildung im Organismus.

Bei allen meinen Versuchen begrenzte sich die als Operationsgebiet dienende Stelle der Hirnrinde auf einen Rayon, der dem Sulcus cruciatus benachbart, vor Allem den äusseren Theil des Gyrus sigmoideus umfasste; Versuche mit Zerstörung der ersten und zweiten Windung gleich hinter dem Gyrus sigmoideus gaben negative Resultate. Daher kann man mit grosser Wahrscheinlichkeit annehmen, dass die thermisch wirksame Region der Hirnrinde beim Hunde dieselben Grenzen hat, wie **Hitzig**'s und **Fritsch**'s motorische Centra.

Es fragt sich nun, ob wir das Recht haben, diese aus experimentellen Untersuchungen an Thieren gewonnenen Schlüsse auf den Menschen zu übertragen; mit anderen Worten, können wir in der Rinde des Menschenhirns die Existenz derartiger Regionen annehmen, die in Verbindung stehen mit dem vasomotorischen System? Eine positive Antwort kann nur gegeben werden durch Beibringung entsprechender pathologischer Beobachtungen. In einer früheren Arbeit [1] habe ich 5 derartige Fälle publicirt von Läsion der motorischen Region der Hirnrinde, bei welchen gleichzeitig sehr deutlich ausgeprägte vasomotorische Affectionen in der der Hirnaffection entgegengesetzten Körperhälfte vorhanden waren.

Auf Grundlage dieser Beobachtungen kann ich die beiden folgenden Annahmen aussprechen:

1) In der Rinde des Menschenhirns existiren Regionen, welche, in Verbindung stehend mit dem vasomotorischen System, auf den Zustand der Körpertemperatur Einfluss haben.

2) Diese thermisch wirkenden Regionen befinden sich im Hirn des Menschen, wie in dem des Thieres, in der Nachbarschaft der psychomotorischen Centren.

Zum Schluss halte ich es für nöthig zu erwähnen, dass n neuester Zeit **Ripping** [2] auf Grundlage folgender Beobachtung eine Meinung geäussert hat in Betreff der Localisation der thermisch wirkenden Region im Menschenhirn: Bei einem Kranken mit Symptomen von Herderkankung zeigte die rechte Körperhälfte ständig eine um 0,2—0,4° C. niedrigere Temperatur, als die linke, (die Temperatur wurde im äusseren Gehörgang, in der Ellenbogen- und in der Kniebeuge gemessen). Bei der Section fand sich eine Geschwulst, die den hinteren Theil des Gyrus fornicatus der linken Hemisphäre einnahm, sich ferner auf den hinteren Theil des Corpus callosum, und sogar in einiger Ausdehnung unter den Gyrus fornicatus der rechten Hemisphäre erstreckte. Aber eine derartige Beobachtung kann uns bei Bestimmung der Localisation der thermisch wirkenden Region nichts helfen, da einerseits die Geschwulst von recht bedeutendem Umfang war und andererseits es nicht bekannt ist, wie weit sie sich in die Tiefe, in die weisse Substanz der linken Hirnhemisphäre erstreckte.

St. Petersburg, 25. März 1881.

[1] Cf. Med. Westnik 1879, von № 27—51. Einige Fälle von Verletzung der Grosshirnrinde und St. Petersb. med. Wochenschr. 1879, № 50 und 51. Ueber die Läsion der motorischen Zone des Grosshirns.

[2] **Ripping**: Ueber die halbseitig differenten peripherischen Temperaturen bei Geisteskranken und die Frage nach dem Sitze des thermischen Centrums in der Hirnrinde des Menschen. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie t. XXXIV, Heft. 6, pag. 643—654.

Referate.

Ed. **Ohms**: Zur Casuistik, Diagnose und operativen Therapie der festen Uterustumoren. (Inaug.-Dissert. Dorpat. 1881.)

Die Arbeit beginnt mit der Mittheilung von 5 Fällen solider subseröser und interstitieller Uterustumoren, welche auf der Dorpater chir. Klinik operirt wurden und reiht daran einen Versuch, die Diagnose dieser festen Geschwülste schärfer zu präcisiren und eine bisher nur wenig geübte Methode zur Entfernung derselben näher zu beleuchten. Zum Schluss folgt eine kurze Zusammenstellung der in den letzten 5 Jahren veröffentlichten, in der Literatur zerstreuten Fälle von Laparotomien und Laparohysterotomien.

Subseröse, wie interstitielle Fibromyome heben den Uterus aus dem kleinen Becken empor, während bei Ovarialgeschwülsten, selbst bei solchen, die in's Lig. latum hineinwachsen, dies nicht geschieht.

Besitzt weiter ein fester Uterustumor eine sehr auffällige Beweglichkeit, kann man an der vorderen oder seitlichen Partie desselben den Uterus durch die Bauchdecken palpiren, ist die Uterushöhle garnicht oder nur unbedeutend verlängert, sind die Menses normal, Blutungen nicht, sondern nur Schmerzen vorhanden — so liegt ein subseröser Tumor vor. *Die Enucleation desselben aus seiner peritonealen Kapsel gelingt leicht*, so ferne er ein gutartiger ist.

Lässt sich drittens der Uterus schwer oder garnicht von dem Tumor differenziren, sich nicht an demselben verschieben, zeigt sich das Cavum uteri beträchtlich verlängert, sind Meno- und Metrorrhagien vorhanden — dann handelt es sich um einen interstitiellen Tumor. Er kann nicht operativ beseitigt werden, wenn er dem kleinen Becken breit implantirt ist, sich nicht aus demselben hervorheben lässt, wenn er gar keine Beweglichkeit zeigt, wenn endlich der Cervix verstrichen in den Tumor aufgegangen ist.

Die stumpfe Auslösung der Myofibrome des Uterus aus ihrem peritonäalen Ueberzuge wird als das die beste Prognose sichernde Verfahren dringend empfohlen. Au.

A. v. **Schrenk**: Studien über Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei der Estin. (Inaug.-Dissert. Dorpat. 1880.)

Die überaus fleissige Arbeit giebt auf nahezu 400 Seiten einen klinischen Bericht über eine Anzahl von Geburten, welche innerhalb der letzten 25 Jahre in der Dorpater gynäkologischen Klinik *an Estinnen* beobachtet worden sind. Die Ergebnisse dieses Berichts werden dann benutzt, um in geburtshilflicher Beziehung die Estin mit andern Nationalitäten, namentlich mit Deutschen und Russen zu vergleichen. Ref. kann unmöglich im Einzelnen ausführen, welch' mannigfaltige Eigenthümlichkeiten aus diesem Verfahren über Schwangerschafts-, Geburts- und Wochenbettsverlauf der Estin sich ergeben haben. Er bemerkt nur, dass der Analyse dieser Hauptaufgabe **Schrenk**'s eine Betrachtung des estnischen Weiberbeckens vorausgeschickt war, über welches in der Literatur bisher nur spärliche Angaben sich vorfinden und dass auch die neugeborenen Esten in Bezug auf Lagen und Gewichtsverhältnisse, auf Geschlecht und Lebensfähigkeit des Genaueren charakterisirt werden. Allen Frauenärzten darf die Arbeit als ein interessanter Beitrag zur vergleichenden Gynäkologie bestens empfohlen werden. Au.

Jonathan Haberern: Ueber Beckenabscesse bei Coxitis und ihre Behandlung. Aus der Volkmann'schen Klinik. (Centralbl. f. Chirurg. 1881. № 13 und 14.)

In der **Volkmann**'schen Klinik sind in den letzten Jahren c. 160 Resectionen des Hüftgelenks wegen Coxitis gemacht. Auf dieses

stattliche Material gestützt hat nun **Volkmann** eine genauere Classificirung der bei Coxitis vorkommenden Beckenabscesse nach ihrer Entstehungsweise und Lage aufgestellt. *1.* Beckenabscesse, die mit Erkrankung oder Perforation der Pfanne zusammenhängen. Im Gegensatz zu der bisher allgemein geltenden Anschauung, dass der primäre Erkrankungsherd im Femur sitze, hat Verf in den letzten 132 Fällen von Coxitis gefunden, dass 50 Mal die Pfanne primär erkrankt war. Es kommt in solchen Fällen natürlich sehr leicht zu einem Beckenabscess, besonders wenn der Primärherd die ganze Dicke des Acetabulum einnimmt. Es wird dann leicht die innere Periostauskleidung des Beckens perforirt und der Eiter kann, das Cavum ischio-rectale füllend, im Rectum und Damm oder an der hinteren Seite des Oberschenkels zu Tage treten. Secundäre Erkrankungen des Acetabulum können ebenso zum Beckenabscess führen. Wie der Epiphysenknorpel zwischen Kopf und Hals des Femur vereitert, so kann es auch mit der Y förmigen Knorpelfuge der Pfanne geschehen. Letzteres kann sogar in extremen Fällen durch Beweglichwerden des Schambeins diagnosticirt werden vor der Operation. *2.* Durch Abreissen oder Perforation der Gelenkkapsel an ihrer inneren oberen Insertion kann der Eiter über das Schambein weg in das Becken gelangen, liegt aber dann nie unter dem Periost wie sub 1. und kann durch Aufmeisselung der Pfanne nicht entleert werden. Diese Entstehungsweise ist 5—6 Mal in V's Klinik gefunden worden. *3.* «Aufsteigende Conjectionsabscesse». Diese kommen zu Stande, wenn der Eiter nicht am lateralen sondern am medialen Rande des Lig. Bertini durchbricht. Er sammelt sich dann an zwischen und unter den Adductoren und kann am Iliopsoas aufsteigend in's Becken gelangen. *4.* Man findet zuweilen bei Coxitiden Abscesse im Becken, die mit dem Hüftgelenk oder einer erkrankten, eiternden Stelle der Pfanne und des Beckens nicht communiciren. Diese früher paraarticuläre genannten Abscesse mögen öfters entstehen durch Vereiterung einer der die Gefässe begleitenden Lymphdrüsen.

Zum Schluss erwähnt Verf. noch die Thatsache, dass zuweilen schwielige Indurationen des Bindegewebes an der Rückseite der Pfanne gefunden werden, die Abscesse vortäuschen können und analog den Bildungen bei Tumor albus sind.

Die sub 1. genannten Abscesse erfordern nicht nur frühzeitige Resection, sondern auch gründliche Fortschaffung der erkrankten Pfannenpartien und Extraction der eventuell in das Becken gefallenen necrotischen Knochen und später Compression der entsprechenden Fossa iliaca, damit die Abscesswände primär verkleben können.

Ist der Eiter über das Schambein in's Becken getreten, so wird ein gekrümmter Katheter durch die Perforationsstelle der Kapsel (sub 2.) bis auf das Schambein geführt, auf diesem incidirt und dann direct nach aussen drainirt. Die sog. aufsteigenden Psoasabscesse werden durch einen Schnitt unmittelbar unter dem Lig. Poupartii eröffnet. Die Abscesse, welche mit der Gelenkhöhle resp. der Pfanne nicht zusammenhängen (sub 4.), erreicht man am besten durch einen horizontalen Schnitt dicht über dem Poupart'schen Bande, wie er zur Unterbindung der Art. iliaca externa gemacht wird. T.

A. Elsenberg (Warschau): Anatomische Veränderungen der Speicheldrüsen bei Wuthkrankheit der Hunde und Menschen. (Centralblatt für d. med. Wissenschaften № 13 1881.).

Verf. untersuchte die Speicheldrüsen von 12 wuthkranken Hunden und Zweier, von derselben Krankheit befallener Menschen. Beim Hunde fanden sich die bedeutendsten Veränderungen in der Glandula submaxillaris und sublingualis. Die Submaxillardrüse war etwas vergrössert, zeigte eine glatte Durchschnittsfläche von stellenweise undeutlich acinösem Bau und grau-rother Farbe. Die mikroskopische Untersuchung ergab bedeutende Infiltration des interstitiellen Gewebes mit kleinen ein- und mehrkernigen, den weissen Blutzellen sehr ähnlichen Gebilden. Besagte Infiltration war am stärksten um die Ausführungsgänge der Drüsen und die mittelgrossen Venen im Hilus der acini. In der Peripherie der Drüse war sie geringer, im Hilus der Drüse fehlte sie ganz. Die fixen Zellen des interstitiellen Gewebes ergaben sich vergrössert, gequollen ohne nachweisbare Theilungsvorgänge. Die Blutgefässe der Drüsen, namentlich die kleinen Venen und die Capillaren waren stark erweitert, das sich in ihnen findende Blut sehr reich an farblosen Zellen, welche theils zwischen den rothen Blutkörperchen unregelmässig vertheilt waren, theils an der Wand des Gefässes lagen. — Die Secretionszellen ergaben sich als verkleinert, ihr Inhalt körnig degenerirt. Ihre ursprünglich runden Kerne erschienen abgeplattet, vergrössert und zur Peripherie der Zelle hin dislocirt. In den Drüsenalveolen fanden sich ausserdem kleine farblose, aus dem benachbarten interstitiellen Gewebe herstammende Zellen. Schliesslich war auch die Umgebung der nervösen Ganglien zellig infiltrirt, einzelne der kleinen Zellen waren auch in das Ganglion eingedrungen. — Ganz ähnliche wie die eben geschilderten Veränderungen, nur in geringerem Grade, fand E. in der Sublingualis des Hundes. Die auch zu den Speicheldrüsen gehörige Orbitaldrüse des Hundes zeigte stets sehr geringfügige Veränderungen. Die Parotis war nur bei 4 Hunden unbedeutend verändert.

Beim Menschen fand E. die stärksten, den beim Hunde gefundenen sehr ähnliche Veränderungen in der Glandula sublingualis, sehr geringfügige in der submaxillaris und gar keine in der Parotis. L.

E. Heinrich Kisch: Erfahrungen über den Nutzen des Jodoforms bei gynäkologischen Leiden. (W. med. Presse № 9. 1881.)

Verf. hat vor einem Jahr in der Berl. kl. W. auf das Jodoform für die gynäkolog. Praxis hingewiesen, auf Grundlage von 50 local behandelten Fällen. Seiner Ueberzeugung nach ist es «ein äusserst wirksames, die Resorption von Exsudaten mächtig förderndes, die Secretion der erkrankten Mucosa günstig umgestaltendes und die gesteigerte Sensibilität wesentlich herabsetzendes Mittel». Auf Grund weiterer Erfahrungen giebt Verf. die Gebrauchsweise und die Indicationen an: Im Verhältniss von 1 : 10 in Glycerin gelöst, mit dieser Lösung der Wattetampon getränkt, der an die Portio vaginalis zu liegen kommt. Die gleiche Lösung wird zu Einreibungen der Unterbauchgegend benuzt. Günstigste Objecte für die Jodoformbehandlung sind die chronisch entzündlichen Zustände des Beckenperitonäums und Zellgewebes, Perimetritis, Perioophoritis, Pelveoperitonitis, Parametritis. Ferner sind für diese Behandlung hyperplastische Zustände des Cervix uteri geeignet, auch katarrhal. Zustände des Canalis cervicalis, hingegen nicht chronische Entzündung des Corpus uteri. Zwei einschlägige Krankengeschichten werden mitgetheilt. S.—t.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Immanuel Munk (Berlin): Physiologie des Menschen und der Säugethiere. Mit 68 Holzschnitten. Berlin 1881.

Dieses neueste physiologische Compendium zeichnet sich ebenso sehr durch Kürze, wie durch Klarheit und Wissenschaftlichkeit aus. Es zeugt von dem ernsten Bestreben dem neuesten Standpunkt der Physiologie gerecht zu werden und diesen Standpunkt auf Grund eigenster literarischer und praktischer Forschung zur Darstellung zu bringen. Eine Anlehnung an andere ähnliche Unternehmungen ist durchaus und überall verschmäht, so dass der Vorwurf eines compilirenden Verfahrens dem Autor wohl von keiner Seite her gemacht werden möchte.

Sehr angenehm berührt es den Erfahrneren, die Physiologie auch der höheren Säuger mit in den Kreis der Betrachtung gezogen zu finden; dem Anfänger werden die complicirten Vorgänge der Athmung, der Ausscheidungen und ähnliche um so leichter verständlich werden, als solchen Kapiteln diejenigen physikalischen und chemischen Grundprincipien vorangestellt sind, auf welchen dieselben im Laufe der Zeiten sich aufbauten.

Es will dem Ref. erscheinen, dass die Abschnitte von der Verdauung, von der Resorption und Verwendung der Nährstoffe, so wie von der Ausscheidung derselben von gründlichen eigenen Untersuchungen des Verf. in diesen Gebieten Zeugniss ablegen, und dass die Darstellung der thierischen Wärme und der allgemeinen Muskel- und Nervenphysiologie, gegensätzlich zu andern Lehrbüchern, besonders durchsichtig und klar ausgefallen ist.

Es möchte sich an der Hand solcher Vorzüge in dem **Munk**'schen Büchelchen selbst derjenige zu recht finden, welcher der Lehre von den Functionen des thierischen Leibes als vollkommener Neuling entgegentritt.

Wir stellen dem Unternehmen des Herrn Autors das beste Prognostikon. Au.

Russische medicinische Literatur.

№ 147. Sitzungsprotocolle der kaukasischen medicinischen Gesellschaft. 1881, № 18.

Inhalt: a) **M. Keldysch**: Eine Lithotomie ohne Lithotom.

b) **N. Finn**: Bemerkungen über **Drygin**'s Chininum bimuriaticum carbamidatum.

№ 148. Protocoll der Jahresversammlung der kaukasisch. medicinischen Gesellschaft vom 15. April 1881, № 19.

Inhalt: a) **M. Reich**: Jahresbericht über die Thätigkeit der Gesellschaft 1880/81.

b) **A. Kulassowski**: Morbilität und Mortalität in der kaukasischen Armee während der Jahre 1879 und 1880.

№ 149. Sitzungsprotocoll der kaukasischen med. Gesellschaft vom 16. April 1881, № 1.

№ 150. Medicinski Sbornik, herausgegeben von der kaukasischen medicinischen Gesellschaft 1881, № 32.

Inhalt: a) **M. Keldysch**: Das Achal-Teke'sche temporäre Militärhospital.

b) **F. Otten**: Chemische Untersuchung des Wassers in den Flüssen und Brunnen des transkaspischen Gebiets.

c) **R. Mischwelow**: Krassnowodsk in kriegssanitarischer Beziehung.

d) **A. Peunow**: Retinitis interstitialis circumscripta hyperplastica.

e) **J. Minkewitsch**: Zwei merkwürdige Harnsteine, die bei zwei Lithotomien entfernt wurden.

f) **F. Otten**: Chemische Untersuchung der Tiflis'schen Mineralquellen.

№ 151. Wratsch. № 24.

Inhalt: a) Prof. **P. Leshaft**: Ueber die allgemeinen Gesetze in der Anatomie und die Klarstellung derselben beim Unterricht.

b) J. Medwedew: Ueber das Fasten.
c) W. Kusmin: Ueber den Hospitalbrand. (Schluss).

№ 152. **Sdorowje.** № 162.
Inhalt: a) A. Ssudakow: Ueber die Nahrung der Arbeiter.
b) Pawlowski: Ueber die Impfung. (Schluss).

№ 153. **Anzeiger der Mineralbäder von Staraja-Russa** № 5.
Inhalt: a) Makawejew: Ueber die Wirkung der Mineralbäder von Staraja Russa.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Ueber rhinoskopisches Operiren von Dr. A. Hartmann. (Sep. Abdr. aus der Berl. klin. Wochenschr. № 23).
— Handbuch der Physiologie von Prof. L. Hermann. Bd. VI, Th. I. Physiologie des allgem. Stoffwechsels und der Ernährung, von C. v. Voit. Th. II. Physiologie der Zeugung von V. Hansen. — F. C. W. Vogel. — Leipzig 1881.)
— Ueber Gehirndruck von B. Naunyn und J. Schreiber. — F. C. W. Vogel. — Leipzig 1881.
— On the early diagnosis of some organic diseases of the nervous system von E. C. Seguin. (Sep.-Abdr. aus «Medical record» Febr. 26, 1881.
— Die Parasiten des Menschen und die von ihnen herrührenden Krankheiten von Prof. R. Leuckart. Bd. I, Lief. 2. — C. F. Winter. — Leipzig und Heidelberg 1881.
— Monatsschrift für Ohrenheilkunde sowie für Nasen-, Rachen-, Kehlkopf- und Luftröhren-Krankheiten. № 5.
— Cronica medico-quirurgica de la Habana № 5.
— Der Kurort Montreux am Genfersee von Dr. C. Steiger. — C. Meyer. — Clarens. 1881.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztlichen Vereins.

Sitzung vom 16. März 1881.

1. Dr. Lingen berichtet kurz über die Krankenbewegung im Marien-Magdalenen-Hospital. Aus dem Bericht geht hervor, dass sehr viel Infectionskrankheiten vorhanden, und zwar 42% und von diesen fällt wieder die Hälfte auf den exanthem. Typhus, der im Febr. bedeutend zugenommen hat. Von sonstigen internen Krankheiten herrschen vor Phthisen und Pneumonien. Auf der chirurgischen Abtheilung sind besonders viel Fracturen beobachtet worden seit dem Kahlfrost.

Dr. Herrmann giebt in Betreff des Obuchow-Hospital einen detaillirteren Bericht: Neuaufgenommen wurden im Februar 860 M. und 320 W. = 1180 Kr. — Mortalität 11,83%. Gestorben sind 215 M. und 83 W. = 288.

Das Procentverhältniss der einzelnen Krankheitsformen zur Gesammtsumme der aufgenommenen Kranken stellt sich wie folgt:

Typh. recurrens	= 11,69%
» exanthem.	= 28,22%
» abdominal.	= 7,20%
Catarrh. org. resp.	= 2,37%
Pneumonia croupos.	= 3,64%
Phthisis	= 11,01%
Catarrh org. digest.	= 5,76%
Enterohelkosis	= 4,83%
Nephritis	= 1,27%
Fracturen waren	11, davon 3 complicirte,
Luxationen	2
Vulnera	14
Grangraena pedum	4

Davon 1 Fall nach Typhus, die übrigen waren als Pernio aufzufassen. Der Vortragende giebt darauf vergleichende Ziffern für die Mortalität der letzten 4 Jahre:
1877 — 16,15%, 1878 — 16,90%, 1879 — 16,84%, 1880 — 18,02%.
Nach Abzug der vor Ablauf von 24 Stunden Gestorbenen:
— 14,85%, — 16,17%, — 15,80%, — 16,47%.

Die Erklärung der Zunahme der Sterblichkeit liegt darin, dass 1) 279 gestorben sind vor 24 Stunden und das hängt zusammen 2) mit den häufigen Abweisungen und daher späten Aufnahme und Auswahl schwerer Kranken, 3) ferner wurde grössere Frequenz einzelner Krankheiten beobachtet und dem entsprechend die Todtenzahl:

a) Chron. Darmleiden und Enterohelkosen	waren	mässig	vertreten
b) Pneumonien	»	»	»
c) Typhus recurrens	»	stark	»
d) Typhus exanthem.	»	»	»
e) Nephritis	»	»	»
f) Vitia cordis	»	mässig	»
g) Septichaemie	»	stark	»

Phthisis, Typhus abdominalis, Marasmus senilis, Gangraena, Apoplexia et Paralysis, Meningitis waren in geringerer Zahl vorhanden.

Dr. Magawly demonstrirt einen Elektromagneten nach Dr. Fröhlich zum Herausbefördern von Eisensplittern aus dem Innern des Auges. An einem enucleirten Bulbus liess sich die Wirksamkeit des Apparates approximativ bestimmen. Es sass hinter dem Ciliarkörper in einer bereits fest organisirten Exsudatkapsel ein 7 Mm. langer, 4 Mm. breiter Eisensplitter. Bei Annäherung des Elektromagneten entwickelte sich derselbe rasch und prompt aus seiner Hülle und konnte mit Leichtigkeit extrahirt werden.

z. Z. Director Dr. Herrmann.
Secretär Dr. Tiling.

Tagesereignisse.

— Der Professor der Augenheilkunde an der medico-chirurgischen Academie, Dr. E. Junge wird, wie der «Wratsch» berichtet, im nächsten Jahre nach Ausdienung der 25-jährigen Dienstzeit seine Lehrthätigkeit an der Academie aufgeben.

— Dr. Berthenson, der, wie wir seiner Zeit gemeldet haben, zum Oberarzt des Stadthospitals in Odessa gewählt wurde, soll wegen zerrütteter Gesundheit diesen Posten abgelehnt haben.

— Am 1. (13.) October d. J. vollenden sich 25 Jahre, seit Prof. R. Virchow die Professur an der Berliner Universität übernommen hat. Die medicinische Gesellschaft in Berlin trifft bereits Vorbereitungen zur Feier dieses Tages.

— Mit Professor Joseph Skoda, dessen Tod wir bereits gemeldet haben, ist wiederum einer der Koryphäen der Wiener medicinischen Schule, der Reformator und Meister der physikalischen Diagnostik hingegangen. Skoda und Rokitansky waren es, welche am Krankenbett und im Secirsaal die Diagnostik der inneren Krankheiten erschlossen und Licht in dieselben brachten. Wenn auch Laënnec der Erfinder der Percussion und Auscultation ist, so ist doch Skoda als der eigentliche Begründer derselben anzusehen, indem er gestützt auf pathologisch-anatomischer Grundlage die Lehre Laënnec's in genialer Weise zur Ergründung des Sitzes, der Ausbreitung und Art der Leiden verwerthete und mannigfache Irrthümer zurechtstellte. Wenn seine Anschauungen auch anfangs nicht die allgemeine Anerkennung fanden, so haben sie sich doch allmählig Bahn gebrochen und werden jetzt allgemein anerkannt. Seine klassische «Abhandlung über Percussion und Auscultation», welche im Jahre 1839 zuerst erschien, hat bereits 6 Auflagen erlebt und ist die Grundlage für die zahlreichen neueren Lehrbücher der physikalischen Diagnostik geworden. Sk. war 1805 zu Pilsen geboren und wurde nach Absolvirung seiner medicinischen Studien in Wien im Jahre 1831 zum Doctor promovirt. Nachdem er sodann einige Zeit als Choleraarzt in Böhmen gewirkt, kehrte er nach Wien zurück und wurde Secundärarzt am allgemeinen Krankenhause daselbst, 1840 ordinirender Arzt und bald darauf Primärarzt. Im Jahre 1846 erhielt er eine Professur an der Wiener Universität, wo sein schnell wachsender Ruf eine ausserordentlich grosse Zuhörerschaft aus aller Herren Länder und zahlreiche Patienten herbeizog, bis er sich im Jahre 1871 in den Ruhestand zurückzog.

In den letzten Jahren war Skoda von schweren Leiden heimgesucht, die er jedoch mit bewunderungswürdigem Stoicismus ertrug, bis am 1. (13.) Juni der Tod jählings eintrat. Die Obduction ergab Stenose und Insufficienz der Aortenklappen.

Am 16. Juli c. hätte der Verstorbene sein 50-jähriges Doctor-Jubiläum gefeiert; die für diese Gelegenheit in Aussicht genommenen Ovationen und Beweise der Pietät hat nun sein frühes Abscheiden unmöglich gemacht. Welche hohe Achtung Skoda als Mann der Wissenschaft, als Arzt, als Lehrer und als edler Mensch genoss, dafür spricht die innige Theilnahme aller Schichten der Bevölkerung an der Leichenfeier, das bezeugen auch die Worte, welche an seinem Grabe gesprochen wurden.

Miscellen.

— Nach der Eröffnung von 400 freien Plätzen für Civilkranke in dem Nikolai-Militär-Hospital hat die Zahl der Abweisungen im Central-Erkundigungs-Bureau rasch abgenommen, so dass vom 8. bis zum 16. Juni c. im Ganzen nur 26 und am 17. und 18. Juni sogar *keine* Abweisungen mehr vorgekommen sind, während noch in der Woche vorher (vom 31. Mai bis 6. Juni) 544 Kranke nicht placirt werden konnten.

— Das Vermögen der Gesellschaft des «Rothen Kreuzes» in Russland beläuft sich, wie sich bei der Kassenrevision am 16. Mai c. herausstellte, auf 1,761,838 Rbl. 47 Kop. Von dieser Summe gehören 1,099,295 Rbl. 86 Kop. dem Reservekapital für Kriegszeiten an und 662,542 R. 61 Kop. haben eine specielle Bestimmung.

— Wie der „Wratsch" gerüchtweise erfahren hat, soll der „Medizinski Westnik" nicht eingehen, sondern von den Aerzten des Nikolai-Militärhospitals fortgesetzt werden.

— *Einladung zur Anstellung von Beobachtungen behufs Erforschung der Abhängigkeit mancher Lungenblutungen von gewissen Vorgängen in der Atmosphäre.* In der Berliner klinischen Wochenschrift, Jahrgang 1870, machte L. Rohden zuerst darauf aufmerksam, dass bei chronischen Pneumonikern unter dem Einfluss gleichzeitigen raschen Wechsels von Temperatur, Saturationsstand und Druck der Atmosphäre sehr leicht Lungenblutungen entstehen. Am prägnantesten tritt diese Erscheinung bei, vor und während Gewittern zu Tage, wenn bei hoher Wärme und hohem Feuchtigkeitsgehalt der Luft (Gewitterschwüle) plötzlich der Wind umspringt und das Barometer sinkt. Man kann sich die hiebei ab-

laufenden Vorgänge so denken, dass die in dem hohen Saturationsstand der Luft ausgedrückte Anhäufung von Feuchtigkeit in der Atmosphäre die Aufnahme des von der Haut abdunstenden Wassers in genügender Menge nicht zulässt und somit die freie Thätigkeit der Haut hemmt, während zugleich auch die Wasserexhalation aus der Lunge in gleicher Weise beschränkt ist. Das Wasser wird im Blut zurückgehalten, die Herzaction kraftloser; die Respirationsfrequenz steigt und entwickelt sich zugleich das Gefühl unbehaglicher Fülle und Spannung in der Brust durch vermehrte Blutfülle in den Lungen. Erfolgt nun unter den oben angegebenen atmosphärischen Verhältnissen durch die plötzliche Abkühlung, welche der einspringende polare Luftstrom bewirkt, eine rasche Condensation des atmosphärischen Wasserdampfs, so fällt das Barometer bezw. der Dunstdruck sehr rasch. Besteht nun in der Lunge ohnehin ein abnormer Congestionszustand, so ist leicht begreiflich, dass in Folge der plötzlichen Entlastung die in einer phthisischen Lunge ohnehin schwachen Gefässwände brechen und Hämoptysis die Folge des plötzlichen Abfalls der Dunstspannung sein kann. Es ist gewiss vom höchsten Interesse, diesen ursächlichen Zusammenhang zwischen Lungenblutung und atmosphärischen Veränderungen durch möglichst ausgiebige und an vielen verschiedenen Orten angestellte Beobachtungen festzustellen.

Auf Anregung des Herrn Dr. Thomas (Badenweiler) beschloss die diesjährige Versammlung der balneologischen Section der Gesellschaft für Heilkunde in Berlin, die Herrn Collegen zur Anstellung solcher Beobachtungen einzuladen. Der Vorstand, mit der Ausführung dieses Beschlusses beauftragt, erlaubt sich den Herren Collegen vorzuschlagen, die Beobachtungen nach folgenden Gesichtspunkten aufzustellen.

Wir bitten folgende Punkte zu beachten: 1) den Tag und möglichst genau die Stunde des Eintritts der Blutung; 2) Windfahne und Wolkenzug (oberer und unterer Luftstrom) zur Zeit des Eintritts der Blutung, soweit möglich auch die vor und nach der Blutung etwa herrschende Windrichtung; 3) rasche Temperaturschwankungen aufoder abwärts zur Zeit der Blutung, vor oder nach deren Eintritt, — Gewitter sind stets zu beobachten; 4) ist eine meteorologische Station am Platz, so ist Angabe der Morgen-, Mittags- und Abendtemperatur, desgleichen der entsprechenden relativen Feuchtigkeiten erwünscht; 5) Barometerstand, soweit möglich eine Angabe, wie weit rasches Steigen oder Fallen desselben stattgefunden hat; 6) Ozonometerbeobachtungen sind nicht unerlässlich aber wünschenswerth; 7) allgemeine Bemerkungen, unter anderen namentlich etwaige Veränderungen an den Blättern der Obstbäume, besonders der Kirschbäume (Brehmer).

Gefällige Einsendung der gemachten Beobachtungen und Aufzeichnungen an den Schriftführer der balneologischen Section der Gesellschaft für Heilkunde, Herrn Dr. Brock in Berlin S. O. Schmidtstrasse 42, behufs Mittheilung der Beobachtungs-Ergebnisse auf der nächstjährigen Versammlung der genannten Section wird freundlichst erbeten und zwar möglichst bis zum 1 December 1881.

Im Auftrag der 3. öffentlichen Versammlung der balneol. Section der Gesellschaft für Heilkunde zu Berlin.

Soden im Mai 1881.

Dr. Georg Thilenius, zur Zeit Vorsitzender.

Personal-Nachrichten.

Amtliche.

— *Befördert*: *Zum wirklichen Staatsrath:* Der Tischvorsteher der Haupt-Medicinal-Verwaltung, Korizki, unter gleichzeitiger wegen Krankheit erfolgter Entlassung aus dem Dienst mit Uniform. *Zum Staatsrath*: Der Divisionsarzt der 1. Donischen Kosaken-Division, Kowaljtschukow; der ält. Arzt des 1. Kaukasischen Sappeur-Bataillons, Ssoboljschtschikow und der jüng. Ord. des Petersburger Nikolai Militärhospitals, Orschawo-Tschishewski.

— *Ernannt*: Der ält. Ord. des Militär-Hospitals zu Minsk, Dr. med. Luntz — zum berathenden Mitglied der Medicinal-Abtheilung der Gouvernements-Verwaltung von Minsk, mit Belassung in seiner bisherigen Stellung; der ausserordentl. Professor der Kaiserlichen medico-chirurgischen Academie, St.-R. Rajewski — zum ordentl. Professor dieser Academie und der Prosector der Kaiserlichen medico-chirurgischen Academie, St.-R. Iwanowski — zum ausserordentl. Professor dieser Academie.

Bestätigt: Der Docent der Kaiserlichen Universität Kasan, C.-R. Tolmatschew — als ausserordentl. Professor dieser Universität für das Katheder der Pathologie und der Docent der Kaiserlichen Universität Warschau, Dr. med. Schalfejew — als ausserordentl. Professor dieser Universität für das Katheder der medicinischen Chemie und Physik.

Vacanzen.

— *Eine Landschaftsarztstelle* im Kreise *Stary-Osskol* des Gouvernements *Kursk*. Gehalt 1000 Rbl. jährlich bei freier Wohnung in dem von der Kreisstadt fünfundzwanzig Werst entfernten Kirchdorf und freien Dienstfahrten.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 14. Juni 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	952	346	1298
Alexander- «	736	163	899
Kalinkin- «	—	501	501
Peter-Paul- «	396	168	564
St. Marien-Magdalenen-Hospital	166	73	239
Marien-Hospital	294	467	761
Ausserstädtisches Hospital	539	144	683
Roshdestwensky-Hospital	62	18	80
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	513	141	654
6 zeitw. Hospitäler	870	135	1005
Ausschlags-Hospital	19	6	25
Summa der Civilhospitäler	4547	2162	6709
Nikolai-Kinder-Hospital	45	54	99
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	68	73	141
Elisabeth-Kinder-Hospital	24	16	40
Summa der Kinderhospitäler	137	143	280
Nicolai-Militär-Hospital	530	17	547
Ssemenow'sches Militär-Hospital	143	—	143
Kalinkin-Marine-Hospital	195	—	195
Gesammt-Summa	5552	2322	7874

Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	2108	612	2720
Scarlatina	11	14	25
Variola	17	2	19
Venerische Krankheiten	558	500	1058

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 7. Juni bis 14. Juni 1881 besucht von 2472 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1146.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs

für die Woche vom 31. Mai bis 6. Juni 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 788 (Todtgeborene 26). Mortalität der Woche für das Jahr berechnet 61,18 p. M.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
487	301	788	114	45	75	22	13	52	112	104	86	84	45	19	6	11

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 66, Typh. abd. 44, Febris recurrens 48, Typhus ohne Bestimmung der Form 23, Pocken 8, Masern 7, Scharlach 14, Diphtheritis 10, Croup 2, Keuchhusten 5, Puerperalkrankheiten 5, Dyssenterie 3, Thiergift 3, andere Infectionskrankheiten 17.

— Gehirnapoplexie 12, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 30, andere Gehirnkrankheiten 16, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 25, acute Entzündung d. Athmungsorgane 81, Lungenschwindsucht 112, andere Krankheiten der Brustoberfläche 14, Gastro-intestinal-Krankheiten 97, andere Krankheiten der Bauchoberfläche 29, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 35, Marasmus senilis 25, Cachexia 28.

— Tod durch Zufall 10, Selbstmord 0.

— Andere Ursachen 19.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 19 Іюня 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh., Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

ST. PETERSBURGER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg,
Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 26. St. Petersburg, 27. Juni (9. Juli). 1881.

Beitrag zur Anwendung lauwarmer prolongirter Bäder im Flecktyphus.

Von

Dr. F. Herrmann.

(Vorgetragen im Deutschen ärztlichen Verein am 4./16. Mai 1881).

Im Juli vorigen Jahres hatte Dr. Riess über Herabsetzung hoher Fiebertemperaturen durch lauwarme, permanente und prolongirte Bäder berichtet [1], seinem Beispiele folgte Dr. Afanassjew im December [2]. Beide Beobachter, esonders der erste, haben mit dieser Behandlung beim Abdominaltyphus befriedigende Resultate erhalten, dieses bewog mich ihr Verfahren beim Flecktyphus im Obuchow-Hospitale zu erproben.

Unsere Versuche umfassen nur 12 Kranke, eine allerdings kleine Zahl gegenüber dem gegenwärtig grossen Material — wir zählen, trotz der Abnahme der Epidemie heute noch 286 Flecktyphen. — Die kleine Zahl erklärt sich dadurch, dass wir weder ganz leichte, noch allzuschwere, von Haus aus eine schlechte Prognose gebende Fälle einem neuen Verfahren unterziehen wollten; noch mehr aber durch den Wunsch, die neue Behandlung in einem möglichst frühen Krankheitsstadium beginnen zu können. Unsere Flecktyphen kommen aber erfahrungsmässig selten vor Abschluss der ersten Fieberwoche ins Hospital.

Dem Beispiele des Dr. Riess zu folgen und die Kranken während der ersten 24 Stunden permanent im Bade zu halten, waren wir nicht im Stande, nicht alle Kranken vertragen das längere Bad, so sahen wir uns gezwungen seine Dauer gewöhnlich auf 3 Stunden und nicht selten sogar auf weniger zu beschränken. Die gleiche Erfahrung hatte auch Dr. Afanassjew gemacht. Zu den 25° R. haltenden warmen Bädern wurden unsere gewöhnlichen Kupferwannen benutzt, der Kranke in ihnen horizontal, mit bequem gestütztem Kopfe auf einem im Wasser gespannten Betttuche gelagert, ein zweites, durch einen Reifen gestütztes Tuch bedeckte die ganze Wanne.

Zur Bestimmung der Temperatur war zwischen dem Rectum und der Axilla zu wählen. Alle Vortheile des ersten Punktes anerkennend, gaben wir doch dem zweiten den Vorzug, weil das Messen im Rectum bei unruhigen Kranken schwerer durchzuführen ist, die Temperatur zudem während des Abtrocknens des Kranken nicht unerheblich steigt, die letzte Messung aber erst nach diesem Akte stattfinden kann. Auch giebt bekanntlich die gleichzeitige Temperaturmessung, für das Rectum höhere, für die Axilla niedrigere Wärmegrade; ob aber die abkühlenden Mittel gleichstark auf periphere Theile und abgeschlossene innere Höhlen wirken, bleibt noch dahingestellt. Die in meinen folgenden Tabellen angegebenen Zahlenverhältnisse beziehen sich auf Messungen bei Beginn und zu Ende des Bades, die, während seiner Dauer stündlich und halbstündlich abgelesenen Zahlen habe ich weggelassen. Das ganze Verfahren war bequem für die Kranken und das Dienstpersonal. Dem Pulse und der Respiration haben wir weniger Aufmerksamkeit geschenkt.

Die Behandlung der Kranken, die Sammlung und Sichtung des Materials, haben die Herren DDr. Mueller und Schtschurow übernommen. Obgleich wir mit der neuen Behandlung weniger glücklich waren, erlaube ich mir das Resultat derselben kurz mitzutheilen.

Alle unsere Kranke waren gut gebaute und gut genährte Männer, 10 von ihnen standen im Alter von 16—28 Jahren, einer zählte 37, ein anderer 42. Der Beschäftigung nach waren sie Handwerker und einfache Tagesarbeiter. Das erste Bad wurde bei je 2 Kranken am 4., 5., 6., 7., und 8. Tage der Erkrankung angestellt, bei einem Kranken am 10. Tage, bei einem letzten liess sich der Anfang der Krankheit nicht bestimmen. Auf diese 12 Kranke fallen 117 Bä-

[1] Centralblatt für medic. Wissenschaften, Juli. S. 545—549.

[2] Wratsch den 18. December № 51 und St. Petersburger medic. Wochenschrift № 7, 1881.

der, 68 Bäder hatten eine Dauer von 3 Stunden, 19 von $2\frac{1}{2}$ Stunden, 25 von 2 Stunden und 5 von $1\frac{1}{2}$ Stunden. Die letzten wurden theils wegen Klagen der Kranken, theils wegen eingetretenen Collapsus abgekürzt.

Hinsichtlich der Temperatur, bei welcher die Bäder angestellt wurden, wäre vorauszuschicken, dass die höheren Temperaturgrade natürlich am Abende vorwalteten, dem entsprechend fanden sich in den Morgenbädern:

10 Mal	40° bis 40,5°
23 »	39,5 » 40
13 »	39,0 » 39,5
9 » . . .	unter 39°

In den Abendbädern fanden sich:

5 Mal	40,5°	bis 41°
22 »	40,0	» 40,5
16 »	39,5	» 40,0
12 »	39,0	» 39,5
7 » . . .	unter 39°	

Mit Ausnahme von 2 Fällen gelang es in allen übrigen die Temperatur für 1 oder $1\frac{1}{2}$ Stunden herabzusetzen, nie aber für längere Zeit, noch weniger sie zur Norm zu bringen.

Es fiel die Temperatur in 31 dreistündlichen Morgenbädern:

1	Mal um	0,4°	2	Mal um	1,3°
3	»	0,5	3	»	1,4
1	»	0,6	2	»	1,5
1	»	0,7	2	»	1,6
3	»	0,9	3	»	1,8
1	»	1,0	1	»	2,2
2	»	1,1	1	»	2,3
5	»	1,2			

Demnach betrug der Temperaturabfall und die Differenz zwischen dem Anfange und Ende des Bades: 9 Mal weniger als 1,0°, 20 Mal lagen sie zwischen 1 und 2°, 2 Mal überwogen sie 2°.

In den Abendbädern von dreistündlicher Dauer fiel die Temperatur:

1	Mal um	0,3°	2	Mal um	1,8°
4	»	0,4	1	»	1,9
1	»	0,6	4	»	2,0
2	»	0,8	1	»	2,1
3	»	0,9	1	»	2,2
3	»	1,0	1	»	2,3
2	»	1,1	2	»	2,5
4	»	1,3	1	»	2,6
1	»	1,6	1	»	2,8
1	»	1,7	1	»	3,7

Die letzte Messung musste befremden, obgleich sie von einer unserer besten Schwestern angestellt worden war, wurde aber von dem behandelnden Arzte bestätigt.

Die letzte Tabelle zeigt, dass die Temperaturdifferenz in den Abendbädern grösser ist als in den Morgenbädern, ferner, dass sie überhaupt in frühen Krankheitsstadien wenig, auf der Höhe der Krankheit und nahe den kritischen Tagen um so deutlicher zu Tage tritt.

Als Resumé finden wir: die Temperatur sank in den dreistündlichen Abendbädern und betrug: 11 Mal weniger als 1°, lag 15 Mal zwischen 1 und 2°, 11 Mal zwischen 2 und 3°, erreichte schliesslich 1 Mal 3,7° bei einem 18-jährigen, schmächtigen, stark collabirenden Papparbeiter.

Von $2\frac{1}{2}$-stündlichen Bädern wurden 11 am Morgen, 10 am Abend und 3 noch in der Mittagsstunde gemacht, dieselben Kranken hatten mithin 3 Bäder in einem Tage erhalten. Es fiel die Temperatur in den Morgenbädern:

1	Mal um	0,6°	1	Mal um	1,7°
1	»	1,0	2	»	1,8
2	»	1,3	1	»	1,9
1	»	1,6	2	»	2,2

In den 3 Mittagsbädern blieb die Temperatur 1 Mal unverändert, sank dagegen 1 Mal um 1,5°, 1 Mal um 2,8°.

In den Abendbädern von derselben $2\frac{1}{2}$-stündlichen Dauer fiel die Temperatur:

2	Mal um	1,1°	1	Mal um	1,8°
1	»	1,2	1	»	1,9
2	»	1,6	1	»	2,8
1	»	1,7	stieg dagegen 1	Mal um	0,5°

Von 2-stündlicher Dauer zählen wir 11 Morgen- und 8 Abendbäder, die Temperatur fiel in den ersten:

1	Mal um	0,6°	1	Mal um	2,2°
1	»	0,9	1	»	2,4
2	»	1,0	2	»	2,6
1	»	1,2	1	»	3,2
1	»	1,8			

Auch dieser letzte ungewöhnliche Abfall wurde vom dejourirenden Arzte bestätigt.

In den zweistündlichen Abendbädern fiel die Temperatur:

1	Mal um	0,8°	1	Mal um	2,4°
1	»	1,0	1	»	2,8
1	»	1,2	1	»	4,1
1	»	1,4	stieg 1	Mal um	0,2

Von den bereits nach $1\frac{1}{2}$ Stunden abgebrochenen Bädern wurden 3 am Morgen, 2 am Abende veranstaltet. Die Temperatur sank in den ersten um 1,3°, 1,6° und 2,7°, bei der letzten um 2,5° und 3,4°. Die Ursache der kurzen Dauer des Bades ist bereits oben angegeben.

Das Maximum des Temperaturabfalls in sämmtlichen Bädern, ohne Berücksichtigung ihrer Dauer war:

1 Mal . . .	1,7°	1 Mal . . .	2,7°
1 » . . .	1,9	2 » . . .	2,8
4 » . . .	2,2	1 » . . .	3,7
1 » . . .	2,4	1 » . . .	4,1

Die Durchschnittszahl dagegen 1,7°; schliessen wir noch die 5 Fälle von $1\frac{1}{2}$-stündlichen Bädern aus, da es bei ihnen zu grösserem Collapsus kam, der sie so früh abzubrechen zwang, so wird die Durchschnittszahl noch kleiner und beträgt 1,4° [1].

Was den Charakter und die Gravität der Fälle anbetrifft, so war das Grosshirn in allen mässig ergriffen, Stupor nächtliche Delirien, mässige Prostration bei allen vorhanden, die Roseola stark und bei einigen petechialen Charakters. Von Complicationen fanden sich 3 Mal mässiger Bronchialcatarrh, 1 Mal Bronchialcatarrh mit gleichzeitigem Durchfalle. In 5 Fällen sind die Respirationsorgane als normal bezeichnet, dagegen stellte sich in 3 anderen Fällen doppelseitige Pneumonie ein; von ihnen endeten 2 mit dem Tode, 1 nach 54 Tagen mit Genesung.

[1] Die Temperatur des Badewassers stieg während seiner Dauer

2	Mal um	0,5°
2	»	1,0°

Eine günstige Entscheidung bei der Behandlung mit prolongirten lauwarmen Bädern erfolgte: 2 Mal am 12. Tage, 1 Mal am 13., 4 Mal am 15., 2 Mal am 17., 1 Mal am 54. Tage; in 2 Fällen begleitet von Schweiss, in 1 von Sudamina. Es wurden entlassen je 1 Kranker am 20., 22., 24., 25., 31., 33., 38. Tage, 2 am 28. Tage, 1 am 54.

Es starben von den Behandelten 2, der erste am 16. Tage, des zweiten Todestag war nicht zu bestimmen.

Das Resultat unserer Beobachtungen wäre: Die Behandlung des Flecktyphus mit lauwarmen Bädern äussert auf die Krankheit keinen Einfluss, ihr Charakter wird nicht milder, ihre Dauer (30 Tage) nicht abgekürzt. Die Mortalität (16, 66 pCt.) war grösser als gewöhnlich. In Folge dessen können wir, obgleich unsere geringe Krankenzahl keinen endgültigen Schluss gestattet, den, für den Kranken und die Dienerschaft beschwerlichen, prolongirten, lauwarmen Bädern, keinen Vorzug vor der früher üblichen Therapie des Flecktyphus zuerkennen.

Referate.

M. Sudakow: Zur Frage über das Verhältniss der tuberculösen Darmgeschwüre zu den ulcerativen Processen der Lungen. St. Petersb. 1880. 43 S. Inaug.-Diss. (russ.)

Da die Frage über das Verhältniss der Darmgeschwüre zu gleichzeitig vorhandenen Processen in der Lunge noch nicht genügend geklärt, unternahm Vf. unter der Leitung des Prof. Iwanowski eine darauf hin zielende Bearbeitung der Obductionsprotokolle des pathol.-anatomischen Institutes der medico-chir. Akademie.

Im Laufe von 12½ Jahren waren 4342 Obductionsbefunde notirt, unter denen 1260 Mal (an einer Stelle giebt Vf. nur die Zahl 1024 an) chronische Lungenleiden beschrieben waren. Im Ganzen fand man 940 Mal Darmulcerationen. Die *tuberculösen Darmgeschwüre* begleiteten meist chronische Erkrankungen der Lunge (nur 1 Mal war die Lunge gesund) und wurden 679 Mal notirt.

Bei 227 Fällen, wo noch keine Zerstörung des Lungengewebes eingetreten, fand man 107 Mal tuberculöse Darmgeschwüre (47,13 pCt.), dagegen wo es schon zum Zerfall der Lunge gekommen war, hatten 55,76 pCt. die betreffenden Darmgeschwüre. Von denjenigen Fällen, wo in der Lunge Tuberkel nachgewiesen waren, fanden sie sich bei 71,42 pCt. auch im Darm. Tuberculose der Leber wurde gleichzeitig — 227 Mal beobachtet, des Peritonäum — 87 Mal (6,9 pCt.). Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

Tuberculöse Darmgeschwüre kommen nicht so häufig vor, wie es Niemeyer und Kolberg annahmen; sie werden auch in solchen Fällen beobachtet, wo es in der Lunge noch nicht zur Tuberkelbildung gekommen.

Die Lungenschwindsucht wird häufig durch Darmcatarrh mit Bildung von folliculären Geschwüren complicirt.

Darmtuberculose ohne Lungenaffection ist eine grosse Seltenheit.

P.

M. Cochez: Klinik des Dr. Després: Inoculation von Syphilis durch das Rasirmesser. (Paris Médical 1880. № 78).

Vf. theilt folgende 2 Krankengeschichten mit: Im Fall I handelt es sich um einen 54-jährigen Mann, der sich am 11. Juli 1880 rasiren liess; beim Fortgehen bemerkte er drei kleine Schnittwunden auf dem Kinn; den 13. entfernte er die Krusten, den 14. liess er sich wieder rasiren, wobei die Wunden bluteten. Am 25. bemerkte er leichte Verhärtungen entsprechend den Wunden (Kataplasmen); zu derselben Zeit will er einen über den ganzen Körper verbreiteten Ausschlag gehabt haben, der nur wenige Tage anhielt. Den 1. Sept. beim Eintritt in das Hospital zeigten sich auf dem Kinn 3 kleine Ulcerationen, umgeben von rothen, ziemlich harten Callositäten; die Ulcerationen waren nicht schmerzhaft. Die eine Ulceration hatte ein granulirtes Aussehen und beim Zufühlen die Consistenz eines Keloid. Pat. wurde unter der Diagnose Epithelioma an Després gewiesen, der die Diagnose auf Syphilis stellte.

Diese Diagnose wurde von verschiedenen Collegen bezweifelt, der Fall eher für Sycosis, Epithelioma gehalten, bis am 15. Sept. ein exquisit papulöses Syphilid Després' Diagnose sicher stellte. Es handelte sich eben um 3 kleine Schankergeschwüre.

Der zweite Fall betraf einen jungen Mann von 22 Jahren, der sich über einen Tag rasiren liess. Den 12. Juli bemerkt Pat. eine kleine Kruste in der Falte zwischen Kinn und Unterlippe; nach Entfernung derselben zeigt sich eine schmale, längliche Ulceration mit grauem Grunde und harten Rändern; geringe Eiterabsonderung. Am 14. entdeckt Pat. eine zweite Kruste am unteren Theil des Kinns, das Geschwür unter derselben wie das erste; hierauf Schwellung der Gland. subment. und submaxillares. Den 10. Aug. stellte auch in diesem Fall Després die Diagnose auf syphilit. Schanker. Den 19. Aug. Roseola syphilitica, Ende des Monats Plaques muqueuses im Rachen und am Anus. In beiden Fällen Cauterisation der Geschwüre mit einer gesättigten Chlorzink-Lösung und Quecksilberbehandlung. In diesem wie in dem ersten Fall konnte Infection auf anderem Wege entschieden ausgeschlossen werden.

Zum Schluss räth Vf. allen, die sich beim Friseuren rasiren lassen, diesem die Vorschrift von M. Pasteur anzuempfehlen, auf das Rasirmesser die Flamme einer Spirituslampe vor dem Rasiren einwirken zu lassen.

Hlm.

H. Pletzer: Hydrops genu intermittens. (D. med. W. № 37).

Seit 12 Jahren beobachtet Verf. eine jetzt 40-jährige Frau, die an einem Hydrops genu intermittens leidet, der in unregelmässigen Intervallen auftritt, und jeglicher Therapie trotzt. Blos das erste Mal war die Anschwellung von Fieber begleitet, späterhin fieberlos, kündigte sich einige Tage vorher durch unangenehme Sensationen an. Die ersten 4 Jahre trat diese Anschwellung des rechten Knie's alle 3 Monate ein, unabhängig von Periode oder Schwangerschaft. Erbliche Anlage zu Rheuma oder Gicht nicht vorhanden, Intermittens nie gewesen, ebenso keine traumatischen Ursachen. Eine Kur in Nenndorf hatte zur Folge, dass die Anfälle häufiger kamen und kürzere Zeit dauerten, 5 Tage Intervall, 6 Tage Schmerz und Schwellung. Vor 4 Jahren hat Pat. eine Kur in Meinberg mit Kohlensäure-Gebrauch in allen Formen durchgemacht. Der Hydrops verschwand, aber dafür litt das Allgemeinbefinden, und alle Symptome des Morb. Basedowii traten auf. Das Befinden besserte sich mit einem Schlage, als nach 4 Monaten der alte Hydrops wieder im gewohnten 11-tägigen Rhythmus auftrat, die Symptome des Morbus Basedowii schwanden sofort. Das einzige Medicament, welches Wirkung ausübte, war die Solutio Fowleri, sie kürzte die Anfälle ab. Eine 1879 eintretende Schwangerschaft machte dem Hydrops ein Ende, 8 Wochen nach der Entbindung beginnen von Neuem die Symptome der Basedow'schen Krankheit gleichzeitig mit der ersten sehr reichlichen Periode. Pat. wurde aufs Land geschickt, und die letzte Nachricht, die Verf. von ihr erhielt, sagt, dass der Hydrops wieder eingetreten, und dass Allgemeinbefinden sich bedeutend bessert.

Verf. rechnet das Leiden zu den vasomotorischen Neurosen, für diese Annahme spricht auch das Auftreten des Morb. Basedowii.

S—t.

J. Kratter (Graz): Studien über Adipocire. (Zeitschr. f. Biologie B. XVI. 1880. Sep.-Abdr. 38 S. mit 3 Tafeln).

Die Fettwachsbildung der Leichen hat ausser für den Physiologen auch für den Gerichtsarzt Bedeutung, der mit Exhumationen und Wasserleichen zu thun hat, und ist dafür das Resultat der vorliegenden Arbeit von Interesse.

Verf. hat abweichend von den bisher üblichen Methoden, Maceriren in Trögen oder Eingraben, seine Objecte in Glasgefässe gelegt, um täglich die Veränderungen verfolgen zu können. Es erwies sich dabei irrelevant ob das Gefäss bedeckt oder frei stand, ob Brunnen- oder Flusswasser genommen wurde, doch wurde das Wasser alle 2 Tage gewechselt.

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: Es lassen sich 3 Stadien unterscheiden und zwar:

1) Stadium der Fäulniss oder Vorstadium, welches ausnahmslos eintritt und *nie weniger als 3 Wochen* andauert, makroskopische Merkmale sind noch nicht nachweisbar.

2) Die Periode der Verseifung ist durch deutliche Veränderungen des Unterhautfettgewebes in Adipocire charaktierisirt; dieses erkennt man dadurch, dass das Gewebe weiss, undurchsichtig, krümlich und starr wird, und zwar schreitet die Umwandlung von der Tiefe zur Oberfläche fort.

3) Periode der Verseifung der Eiweisssubstanzen. Diese beginnt *niemals vor Ablauf des dritten Monats*, oft wohl auch erst später.

Die mikroskopische Untersuchung erweist schon gegen Ende des ersten Stadium Verfettung des Unterhautzellgewebes, in späteren Stadien auch der Muskulatur und des Knochenmarkes, während ein gewisser Grad von Decalcination eintritt.

P.

Kabierske: Beitrag zur Frage über die Behandlung der Nachgeburtsperiode. (Centralbl. für Gynäkologie. № 7. 1881.) und **Chr. Weis** über dasselbe Thema (ibid. № 11).

Kabierske, Assistent der geburtshülflichen Klinik zu Strassburg, tritt mit aller Entschiedenheit für eine rein expectative Behandlung der Nachgeburtsperiode ein; nicht einmal Reiben des Uterus oder ein Auflegen der Hand auf den Fundes will er gestatten, wenn keine anderweitigen gefahrdrohenden Erscheinungen, Blutungen oder dgl., zu activem Einschreiten auffordern. Das Zuwarten bis die Natur selbst die Placenta löst oder die gelöst in der Scheide liegende austreibt, könne nicht nur Stunden sondern auch Tage lang dauern, ja selbst die in der Scheide liegende, bereits in Fäulniss übergehende und Gestank verbreitende Placenta gebe an sich noch keine Indication zu operativem Eingreifen, da dergleichen völlig gefahrlos sei. Die Furcht vor Blutungen, die daraus entstehen könnten, sei ebenso unbegründet als die Furcht vor Puerperalfieber, welches, wenn es eintritt, nicht der in den Genitalien zurückbleibenden und in Fäulniss übergehenden Placenta, sondern den nicht gehörig desinficirten

Fingern der Untersuchenden zuzuschreiben sei. — Die Gefahr bei activem Eingreifen bestehe hauptsächlich in unvollständiger Lösung und Entfernung der Eihäute, während absolute Enthaltung von demselben stets von einem ganz ausgezeichnet verlaufenden Wochenbett gefolgt sei. Namentlich der Credé'sche Handgriff sei gefährlich; Lösung und Ausstossung der Nachgeburt seien physiologische Vorgänge und müssten der Natur überlassen werden. —

Gegen diese Auffassung wendet sich Weis, Assistent der geburtshülflichen Klinik zu Kopenhagen und weist durch eine statistische Zusammenstellung der auf dieser Klinik von 1873—1881 beobachten Geburtsfälle nach, dass durch ein rechtzeitiges, schonendes und in richtiger Weise ausgeführtes actives Eingreifen so manche Gefahren vermieden werden können, andererseits aber durch dasselbe keine neuen Gefahren hervorgerufen werden. Bis zum 1. September 1877 ist nämlich in der Kopenhagener Klinik die expectative Methode befolgt, wegen ausserordentlich häufiger Blutungen in der Nachgeburtsperiode seitdem aber die Expressionsmethode eingeführt worden und hat sehr günstige Resultate geliefert. Blutungen in der Nachgeburtsperiode sind von 5,78 pCt. auf 2,30 pCt. herabgegangen, nothwendig werdende manuelle Placentalösungen von 1,36 pCt. auf 0,64 pCt.; Blutungen im Wochenbett von 0,77 pCt. auf 0,32 pCt. Abreissung von Eihaut- und Placentaresten sind aber allerdings häufiger geworden, von 1,78 pCt. auf 2,30 pCt. gestiegen; trotzdem aber wurden die Spätblutungen im Wochenbett seltener, und nur in einem Falle ist Retention eines Placentarcotyledonen als Ursache der Blutung constatirt worden. Schwere puerperale Fälle in der Klinik gehören aber seitdem zu den Ausnahmen.

(Wir meinen dass die statistischen Zahlen, die Weis giebt, von grösserem Gewichte seien als die Lehre Kabierske's von der Harmlosigkeit einer in den Genitalien faulenden Placenta. Gewiss ist die Ausstossung der Nachgeburt, ebenso wie die Ausstossung des Kindes ein physiologischer Vorgang. Aber wenn sie in Stunden, ja in Tagen nicht zu Stande kommt — was doch, wenn keine Verwachsung und kein Krampf vorliegt, einfach auf *Wehenschwäche in der Nachgeburtsperiode* beruht, — so ist nicht einzusehen, warum dieser Zustand als physiologisch angesehen werden soll, während doch Wehenschwäche während der Austreibung des Kindes allgemein für pathologisch angesehen wird. Tritt keine Blutung auf, die auch nach K. das Eingreifen des Arztes erfordert, so besteht die durch zu langes, sogar bis zu eintretender Fäulniss andauerndes Verweilen der Nachgeburt in den Geburtswegen bedingte Gefahr darin, dass faulige Substanzen durch die vielen offenen Pforten der wunden Innenfläche des Uterus und des Cervix in die Blutbahn gelangen können. Wollte der Arzt so lange warten bis das wirklich eingetreten ist, so würde er mit seinem Eingreifen wohl zu spät kommen. Ref.). —t.

N. Borchsenius: Ueber die Complication des Rückfallstyphus mit Scorbut. (Arbeiten der Gesellsch. russ. Aerzte in St. Petersburg 1880, pag. 211—220).

Unter 1200 Typhuskranken im I. temporären Hospital während der Epidemie von 1880 befanden sich 522 Recurrenskranke, bei denen sich in 103 Fällen Complicationen vorfanden, am Häufigsten Scorbut und zwar 24 Mal (dabei 8,3 % Mortalität). Meist trat die Recurrens zu schon bestehendem Scorbut hinzu, manchmal zeigte er sich jedoch erst nach dem I. resp. II. Anfall.

Durch Scorbut wurde das gewöhnliche Bild in folgender Weise verändert: meist war der Verlauf protrahirt, die Zahl der Anfälle war eine etwas grössere, die einzelnen Anfälle dauerten länger, desgleichen die fieberfreien Zeiten. Ferner endeten die Anfälle meist atypisch, bei den ersten Anfällen in $^1/_3$, bei den 2. in $^1/_2$ und bei den 3. und 4. Anfällen in $^3/_4$ aller mit Scorbut complicirten Fällen. Häufig stellten sich Durchfälle ein. P.

Th. Kubly: Die klinische Bedeutung der sogenannten Amyloidtumoren der Conjunctiva. (Inaugural-Dissertat. Dorpat 1881.)

Die Arbeit giebt eine Zusammenstellung sämmtlicher bisher in der Literatur bekannten Fälle von Amyloidtumoren der Conjunctiva, berechnet, dass dieselben im Alter zwischen 20 bis 35 Jahren am häufigsten vorkommen, und führt aus, dass der Ausgangspunkt der Degeneration überwiegend häufig die Uebergangsfalte der tarsalen Bindehaut ist.

Man hat 4 Phasen der Krankheit zu unterscheiden, nämlich:

1) Die der einfachen adenoiden Wucherung im subconjunctivalen Gewebe.

2) Die Phase der von Raehlmann als hyaline Degeneration aufgefassten Veränderungen.

3) Die Phase der exquisiten amyloiden Degeneration.

4) Die Phase der Verkalkungen und Verknöcherungen.

Das Amyloid der Conjunctiva ist eine Krankheit sui generis, welche unter bisher noch nicht näher bekannten Bedingungen in sonst ganz gesunden Bindehäuten zur Entwickelung kommt und welche mit dem Trachom der Conjunctiva nichts gemein hat. Nur ausnahmsweise könnte es mit Lipom, Epitheliom und Sarcom der Conjunctiva verwechselt werden; den Bulbus ziehe es selten und in verhältnissmässig geringem Grade in Mitleidenschaft. Die Therapie besteht in der Exstirpation, die gewöhnlich systematisch in aufeinanderfolgenden Sitzungen vorzunehmen ist. Au.

H. Maas und O. Pinner: Ueber das Resorptionsvermögen von Blase und Harnröhre. Aus der chirurgischen Klinik des Prof. Dr. H. Maas zu Freiburg i. B. (Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. XIV, Hft 5. und 6.)

Die vielfach behandelte und sehr verschiedenartig beantwortete Frage von dem Resorptionsvermögen der Blase und Harnröhre haben M. und P. eingehender Untersuchung unterworfen und sind dabei zu sehr positiven und klaren Resultaten gekommen. Es wurden geprüft Blasen und Harnröhren von Thieren und Menschen, als Medicamente dienten: Ferrocyankalium, Natron salicylicum, Cyankalium, Strychnin, Atropin, Curare, Apomorphin und Pilocarpin. An Thieren wurde, wenn der eingeführte Stoff chemisch, nicht physiologisch nachgewiesen werden sollte, folgendermaassen verfahren: Es wurden die Ureteren 1. Cent. über der Blase abgebunden, centralwärts wurde im Ureter eine dünne Glascanüle befestigt, durch die der zu prüfende Harn gewonnen wurde. Dann um den Blasenhals eine Ligatur lose geschlungen, die geknüpft wird beim Herausziehen des geschlossenen, elastischen Katheters der zur Injection gedient hatte. Bei der Harnröhre wurde entsprechend verfahren. Der Erfolg trat mit grosser Präcision ein, der chemische Nachweis gelang immer, der physiologische Effect trat nicht jedes Mal ein (z. B. Experiment 16 und 17. mit Curare), weil oft die Dosen zu klein waren, Blase und Harnröhre resorbiren sicher, aber viel weniger und langsamer als das Unterhautzellgewebe und seröse Höhlen, daher bleibt denn auch manchmal bei längerer Beobachtung der physiologische Effect ganz aus bei solchen Stoffen, die von der Blase langsam aufgenommen und vom Körper schnell ausgeschieden werden, wie Curare und Atropin.

Die Versuche an Menschen mit Jodkali und Pilocarpin zeigten ebenso klar wie die Experimente an Thieren, dass Blase sowohl, wie Harnröhre Resorptionsvermögen haben. Ein Versuch mit negativem Erfolg an einem Patienten, dem die pars pendula wegen Carcinom amputirt war, schien darauf hinzuweisen, dass vielleicht nicht alle Theile der Harnröhre gleich gut resorbiren. T.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Max Bresgen: Der chronische Nasen- und Rachenkatarrh. Wien 1881. gross 8°. 85 Seiten.

Die Arbeit zerfällt in 4 Hauptabschnitte, in welchen die Untersuchungsmethoden, die Aetiologie, Verlauf und Symptome und die Therapie abgehandelt werden. Die Darstellungsweise des Verf. besteht darin, dass er die Anschauungen und Erfahrungen der Autoren auf diesem Gebiet zusammenstellt und kritisirt, und seine eigenen Ansichten, wo sie von denselben abweichen, an den geeigneten Stellen hineinflicht und motivirt. Da sich die selbstständige Arbeit des Verf. nur mehr auf die Darlegung specieller praktischer Erfahrungen in einzelnen streitigen Punkten beschränkt, so ist ein zusammenhängendes Referat derselben nicht möglich. — Aufgefallen ist dem Referenten, dass die Bedeutung der Syphilis als ätiologischen oder prädisponirenden Momentes für Nasenkatarrhe bestritten wird. Verf. ist der Ansicht, dass die Syphilis sich wohl in schon vorher katarrhalisch afficirten Nasen localisire, nie aber selbst einen Nasenkatarrh hervorrufe. Bei hereditär syphilitischen Kindern, wo der syphilitische Schnupfen eines der frühesten und hervorstechendsten Symptome ist, dürfte sich diese Auffassung doch wohl nicht durchführen lassen.

Was die Behandlung des Nasenrachenkatarrhes anlangt, so redet Verf. der Weber'schen Nasendouche sowie überhaupt den Ausspritzungen der Nase wegen der Gefahr des Eindringens der Flüssigkeit in die Tuben und das Mittelohr nur bedingt das Wort. Er benutzt sie nur in sehr hartnäckigen Fällen und bei stinkendem Ausfluss. Für die gewöhnlichen Fälle werden Einblasungen schwacher Pulver von Argent. nitric. empfohlen. Die Gottstein'sche Nasentamponade verwirft der Verf.

Bei der Behandlung des chronischen Rachenkatarrhes hat Verf. von Gurgelungen allein noch nie ein Resultat gesehen. Ebenso helfen auch Brunnenkuren, so beliebt sie sind, nichts. Dagegen werden Pinselungen mit Jodglycerin, welche jedoch auch in den Nasenrachenraum hinauf gelangen müssen, dringend empfohlen. Granulationen bei Pharyngitis granulosa müssen mit dem Galvanocauter zerstört werden. D—o.

Russische medicinische Literatur.

№ 154. Wratsch. № 25.

Inhalt: a) O. Motschutkowski: Beobachtungen über Febris recurrens.

b) J. Andrzejewski: Zur Theorie der larvirten und perniciösen Fieber.

№ 155. Wratschebnija Wedomosti. № 23.

Inhalt: a) Die Morbilität unter den Schülern der St. Petersburger städtischen Elementarschulen im Lehrjahre 1880—81.

b) S. Timochowitsch: Die Assanirung der Städte.

c) Makawejew: Einfluss der Mineralbäder in Staraja Russa auf Körpertemperatur, Puls und Respiration.

№ 156. **Anzeiger der Mineralbäder von Staraja-Russa № 6.** Inhalt: a) M. Buch: Ueber Methode, Wirkung und Anwendung der medicinischen Gymnastik und Massage.

№ 157. **Tageblatt der Gesellschaft Kasanscher Aerzte № 9.** Inhalt: a) L. Mandelstamm: Ein gerichtlich-medicinischer Fall von Vergiftung mit Arsenik.
b) J. Potjechin: Erinnerungen aus dem letzten Kriege (1877 und 78) in der asiatischen Türkei.
c) N. Studenzki: Tuberculose der Gelenke.
d) Sitzungsprotocoll der Gesellschaft Kasanscher Aerzte vom 26. März 1881.
e) A. Schtscherbakow: Periodische Untersuchung der Brunnen in Kasan.

№ 158. **Tageblatt der Gesellschaft Kasanscher Aerzte № 10.** Inhalt: a) J. Godnew: Ueber Aphasie.
b) J. Potjechin: Erinnerungen aus dem letzten Kriege in der asiatischen Türkei. (Forts.)
c) N. Studenzki: Tuberculose der Gelenke.
d) Sitzungsprotocoll der Gesellschaft Kasanscher Aerzte vom 26. März 1881. (Schluss).
e) A. Schtscherbakow: Untersuchung der Brunnen in Kasan. (Forts.)

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Giornale internazionale delle scienze mediche. № 1—4.

— Experimentelle und kritische Untersuchungen zur Electrotherapie des Gehirns insbesondere über die Wirkungen der Galvanisation des Kopfes von Dr. L. Löwenfeld. — J. A. Finsterlin. — München 1881.

— Der neunte schlesische Bädertag und seine Verhandlungen am 15. Dec. 1880 und 15. Jan. 1881 nebst dem medicinischen und Verwaltungsberichte für die Saison 1880, herausgegeben von P. Dengler. — Reinerz 1881.

— Paris médical № 24 und 25.

— Nicolai Iwanowitsch Pirogow. Ein Abriss seines öffentlichen Wirkens als Professor, Chirurg, Schriftsteller und Pädagog vom 24. Mai 1831 bis zum 24. Mai 1881, von Dr. J. W. Bertenson. (Aus dem Journal «Russkaja Starina» 1881, Heft 3.) — C. Rikker. — St. Petersburg 1881.

— Kurzer Cursus der Psychiatrie. Vorlesungen gehalten in der Kais. Universität zu Kasan von Prof. A. U. Frese. Lief. 1. (russ.) — C. Rikker. — St. Petersburg 1881.

— Handbuch der Balneologie. Th. 1. Die ausländischen Mineralwässer, Bäder und klimat. Curorte von Dr. Jac. Pollach, in's Russische übersetzt unter Leitung und mit Zusätzen versehen von Dr. D. M. Herzenstein. — C. Rikker. — St. Petersburg 1881.

— El medico y cirujano centro-americano. № 16.

— Die Auswaschung und Abkühlung der männlichen Harnröhre von Dr. Ad. Fischer (Sep.-Abdr. aus der Wiener med. Presse 1881).

— Die Schwierigkeiten des Katheterismus der Harnwege von Dr. Ad. Fischer. (Sep.-Abdr. aus der Wiener med. Presse. 1881).

Protokolle des Allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 10. März 1881.

1. Dr. Severin stellt eine 8jährige Patientin aus dem Nikolai-Kinderhospital vor, an der er am 2. August 1880 wegen eines von dem 2. und 3. Metatarsalknochen des linken Fusses ausgegangenen, auf der Dorsal- und Plantarfläche des Fusses weitergewucherten Sarkoms (die mikroskopische Untersuchung ergab ein Spindelzellensarkom) die Pirogow'sche Operation, nach den von Quimby und Busk angegebenen Modificationen ausgeführt hat. Der auf der Dorsalfläche sich findende Theil der Geschwulst war vollkommen ulcerirt, der an der Plantarfläche von Cutis überkleidet. Aus der Anamnese geht hervor, dass das Kind früher an multipler Ostitis gelitten, was sich auch objectiv durch an verschiedenen Körperstellen sich findende eingezogene mit dem Knochen fest adhärirende Narben nachweisen lässt. Die Geschwulst am linken Fusse begann, während die anderen ostitischen Herde verheilten, vor 5 Monaten aus der Tiefe des auch ostitisch erkrankten Metatarsus herauszuwachsen, und hatte schliesslich die Grösse einer Faust erreicht, — der 2. und 3. Metatarsalknochen waren vollkommen zerstört. Die Operation wurde von Dr. Severin in folgender Weise ausgeführt: Der untere Theil der Tibia und der Fibula wurden nicht entfernt, sondern der Calcaneus nur nach leichter Anfrischung des, den oben genannten Knochen angehörigen Gelenkknorpels, zwischen den Malleolen, von denen der Malleolus externus seiner bedeutenden Länge wegen zum Theil abgesägt werden musste, eingefügt.

Die Sägefläche des Calcaneus ist nach dem Verfahren von Busk angelegt und zwar so, dass sie mit der Masse des Knochens keinen rechten Winkel bildet, sondern schräg von der hinteren Begrenzung der Gelenkfläche für den Talus zum unteren Rande von derjenigen für das os cuboideum zieht. Dieser Modification hat es Patientin zu verdanken, dass sie jetzt nicht auf die Insertionsstelle der Achillessehne auftritt, sondern auf eine mehr nach vorn gelegene Partie des Calcaneus, welche auch unter normalen Verhältnissen beim Gehen dem Druck ausgesetzt ist: Vor Adaption der Sägefläche des Calcaneus an die angefrischte Gelenkfläche des Unterschenkels wurde das Periost zu beiden Seiten des Calcaneus etwas abgehobelt, ebenso das der äusseren Flächen der Malleolen, und in diese somit gebildete Periosttasche am Calcaneus wurden nun die Malleolen eingefügt. Nun wurde der Calcaneus mittelst Catgut an den Unterschenkel fixirt und ein Lister'scher Verband angelegt. Bis auf die äussere Drainöffnung heilte die Wunde per primam, und bereits nach 4 Wochen konnte eine Verwachsung der Knochen constatirt werden. In der Folge lösten sich noch oberflächliche Knochenlamellen des Calcaneus ab, die aus der offengebliebenen äusseren Drainöffnung entfernt werden konnten. Jetzt kann Patientin mit und auch ohne Stiefel sehr gut gehen.

Der amputirte Fuss wird vom Referenten der Gesellschaft vorgelegt.

2. Dr. Lange stellt eine Frau vor, die er am 11. März 1879, also gerade vor 2 Jahren, an einem retrobulbären, vom orbitalen Fettzellgewebe ausgegangenen, wie es sich später bei der mikroskopischen Untersuchung herausstellte, melanotischen Fibro-Sarkom operirt hat. Da der Bulbus bis auf den vom Tumor bedingten Exopthalmus intact, und das Sehvermögen desselben fast normal war, so wurde die hinter dem Auge sich findende Neubildung mit Erhaltung dieses exstirpirt, und erwies sich als aus vielen grösseren und kleineren pigmentirten, durch Bindegewebe mit einander zusammenhängenden Knoten bestehend. Die Exstirpation aller dieser Knoten, besonders der weiter hinten sitzenden, konnte nur bei vollständiger Luxation des Bulbus nach vorn bewerkstelligt werden. Die Heilung war eine völlig normale. Bis jetzt, also nach vollen zwei Jahren keine Spur von Recidiv. Die Sehkraft des Auges ist erhalten, kommt jedoch der Patientin nicht zu Gute, weil erstens, in Folge der im oberen Lide, im Levator palpebrae superioris und dem diesen Muskel versorgenden Nerven gesetzten Narbe, vollständige Ptosis besteht, das Lid also vollkommen über das Auge herabhängt ohne spontan gehoben werden zu können, und zweitens der Bulbus in Folge des in der Orbita gebildeten, den Augapfel fast allseitig umgebenden Narbengewebes vollkommen fixirt und unbeweglich ist, somit, sobald das Lid passiv gehoben wird, Doppelbilder auftreten. So wenig befriedigend die durch die Operation gesetzte Ptosis und vollkommene Unbeweglichkeit des Bulbus sind, so selten günstig ist im vorliegenden Falle der therapeutische Effect der Operation. Bekanntlich führen orbitale Melanosen nach ihrer operativen Entfernung fast immer zu sehr bald auftretenden Recidiven. In der Literatur sind nur 3 Fälle verzeichnet, in denen ein Recidiv ausgeblieben ist, und von diesen 3 Fällen ist in 2 Fällen, wegen nicht genügend langer Beobachtungsdauer, das vollkommene Ausbleiben des Recidivs nicht sicher constatirt. Das mikroskopische Präparat legt Referent der Gesellschaft vor.

Dr. G. Tiling legt als Ergänzung zu dem, von ihm in der Sitzung vom 24. Febr. erwähnten Falle von Ausreissung des letzten Daumengliedes durch Maschinengewalt, das dazugehörige Präparat vor. Länge der mitausgerissenen Sehnen des Extensor und Flexor pollicis longus: 28 und 25 Centm. Von den mit ausgerissenen Nerven hatten die Zweige des N. medianus eine Länge von 13 u. 14 Centm., der mit ausgerissene N. radialis war 12 Centm. lang.

Dr. Moritz theilt folgenden Krankheitsfall mit: Patientin 17 Jahre alt, leidet seit ihrem 9. Lebensjahre an Ozaena mit stark übelriechendem Ausflusse aus der Nase. Referent sah die Kranke in diesem Winter zum ersten Mal, früher wurde sie von verschiedenen anderen Aerzten auf Scrophulose behandelt und hat mehrfach Leberthran, Kreuznach etc. gebraucht, jedoch ohne Erfolg. Referent konnte sich von allgemeiner Scrophulose nicht überzeugen. Bei der Untersuchung fand sich in der rechten Nasenhöhle auf der Höhe der mittleren Muschel ein ulcerirter Defect der Schleimhaut des Septum. In dieser ulcerirten Partie lag ein knochenharter, beweglicher Körper, die entsprechende Stelle des Septums ist nach der linken Nasenhöhle leicht vorgewölbt. Genannter knochenharter Körper imponirte vollkommen als Knochensquester, und musste als Ursache des der Kurheilung so viel Wiederstand entgegensetzenden Leidens angesehen werden. Wiederholte Extractionsversuche scheiterten an der grossen Empfindlichkeit der Patientin. Chloroform wollte Referent wenn möglich umgehen, wegen der durch etwaige Blutung in den Larynx zu fürchtenden üblen Zufälle. Dr. Moritz forderte desshalb Patientin auf, mit der ihr zu diesem Zwecke eingehändigten Pincette, selbst die Extraction des Knochenstücks zu versuchen, was auch nach einigen Malen gelang. Die genauere Untersuchung des nunmehr aus der Nase entfernten kleinhaselnussgrossen Körpers ergab einen von einer 1 Mm. dicken Kalkkapsel umgebenen Kirschkern, der somit volle 8 Jahre in der Nase gelegen, in dieselbe jedenfalls nicht von vorne, sondern von den Choanen aus gelangt, dort stecken geblieben war und die so hartnäckige Ozaena zur Folge hatte. Bald nach Entfernung des besagten Kirschkern's aus der Nase genas Patientin von ihrem so unangenehmen Leiden vollkommen. Dr. Moritz legt das Corpus delicti der Gesellschaft vor.

Dr. Luppian erwähnt einen ganz ähnlichen, von ihm beobachteten Fall von Ozaena, welcher durch eine, lange in der Nase gelegene

metallene Schellenkugel bedingt wurde, und nach schliesslicher Extraction derselben schnell zur Heilung kam.

Den Genius epidemicus unserer Stadt anlangend, theilt Dr. Moritz mit, dass von den typhösen Krankheiten jetzt der Typhus exanthematicus die herrschende ist. Die Febris recurrens ist sehr viel seltener geworden, doch sind die noch zur Beobachtung kommenden Fälle recht schwer, meist 3 Anfälle.

Dr. Anders berichtet, dass im Elisabeth-Kinderhospital 2 Kinder während ihres dortigen Aufenthaltes an Diphteritis erkrankt sind.

Im Oldenburger Kinderhospital soll nach Dr. Serck's Mittheilung Diphtheritis augenblicklich nicht häufig zur Beobachtung gelangen. Im Nicolai-Kinderhospital liegen, wie Dr. Severin mittheilt, 2 recht schwere Fälle von Diphtheritis.

Im Anschluss an diese epidemiologischen Verhältnisse erwähnt Dr. Kernig der Influenzaepidemie, die Ende December 1880 und im Januar 1881 in St. Petersburg geherrscht hat. Die Epidemie hat sich durch einen auffallend schweren Verlauf der Erkrankungsfälle ausgezeichnet. In einer Familie waren, wie Referent zu beobachten Gelegenheit hatte, von 9 Personen 7 erkrankt und zwar alle schwer. In allen diesen 7 Fällen überzeugte sich Dr. Kernig von dem Vorhandensein einer deutlichen und ziemlich erheblichen Milzschwellung. Bei 4 dieser 7 Fälle kam es zu einer beiderseitigen Otitis, die in dem einen Theil der Fälle zu beiderseitiger Perforation des Trommelfells führte. Einen ganz ungewöhnlich schweren Grippe-Fall hat Referent an einem Collegen beobachtet. Patient 52 Jahre alt, erkrankte am 26. Januar, als bei seinen Kindern die Grippe eben im Abklingen begriffen war. Am 29. Januar Abends sah Dr. Kernig den Kranken zum ersten Mal. Die Temperatur war am Abend vordem 39,3, am Morgen desselben Tages 39,6, zum Abend fiel die Temperatur unter reichlicher Schweisssecretion bis auf 38,0. Im Uebrigen bot Patient die gewöhnlichen Grippesymptome, Schnupfen, Husten und hatte ausserdem eine geringe Milzschwellung. Am 31. Januar hatte sich das Krankheitsbild sehr geändert. Patient klagte über äusserst starken Kopfschmerz, die Milzschwellung hatte sehr bedeutend zugenommen, ja es war sogar eine geringe Leberschwellung nachweisbar. Temp. am Nachmittage und am Abend dieses Tages 40,0°. Der Gedanke, dass abgesehen von der Grippe hier eine unserer schweren Infectionskrankheiten im Anzuge sei, war unter solchen Umständen sehr naheliegend. Aber schon am Tage darauf klärte sich das Bild insofern, als der starke diffuse Kopfschmerz trotz fortbestehenden Fiebers bis 39,5 geschwunden war, dagegen eine sehr heftige rechtsseitige supraorbitale Neuralgie sich entwickelt hatte, und gleichzeitig aus der rechten Nasenöffnung blutig tingirter Schleim abgesondert wurde. Es konnte demnach angenommen werden, dass der Catarrh der Nase sich auf den rechtsseitigen Sinus frontalis fortgesetzt habe, und in der That setzten an die rechte Schläfe applirte Blutegel die erwähnte Neuralgie sehr bedeutend herab. Am folgenden Tage (dem 8. Erkrankungstage) sank die Temperatur bis auf 37,8° und entwickelte sich jetzt ein Herpes labialis. Zum Abend stieg nun wieder die Temperatur bis auf 39,5° um in den nächsten 2 Tagen wieder bis auf 37,2° zu fallen. Am 5. Februar (den 11. Krankheitstage) stieg die Temperatur abermals auf 39,5 unter vermehrtem Husten und feuchten Rasselgeräuschen hinten auf der Brust, letztere waren bis dahin nicht vorhanden gewesen. Auch dieses Fieber fiel am folgenden Tage bis auf 37,5°. Am 7. Februar (dem 13. Krankheitstage) Erysipel auf der Nase und beiden Wangen mit einer Temperatursteigerung bis auf 39,5°. Durch sofortiges energisches Bestreichen der Ränder der erysipelatös erkrankten Theile mit Jodtinctur, wurde das Erysipel zum Stehen gebracht, das Fieber fiel in den folgenden Tagen rasch ab, und am 10. Februar (dem 16. Krankheitstage) war Patient ganz fieberfrei, Die nun scheinbare Reconvalescenz war wohl fieberlos, doch durch Durchfälle, welche den Kranken sehr herunterbrachten, gestört. Am 19. Februar (dem 28. Tage seit Beginn der Erkrankung) bemerkte Patient Oedem der Füsse und der Unterschenkel, und am Tage darauf constatirte Referent das Vorhandensein einer leichten Nephritis. Der Urin enthielt etwas Eiweiss und das Sediment zeigte als charakteristische Merkmale reichliche Nierenepithelien und vereinzelte Epithelcylinder. Die Nephritis ist jetzt, am 10. März im Abklingen begriffen, sie war die ganze Zeit über leicht gewesen, die Oedeme schwanden schnell. Nur als sich Patient bei bereits bestehender Nephritis einer schweren Erkältung ausgesetzt hatte, war Fieber mit starkem Eiweissgehalt im Harn (ca. 1/4 des Volumens) eingetreten. Jetzt finden sich nur noch Spuren von Eiweiss im Urin.

Ob die Nephritis im vorliegenden Falle in der Grippe ihre Ursache hatte, wie dieses bei anderen Infectionskrankheiten bekanntlich häufig der Fall ist, lässt Referent für jetzt unerörtert.

Secretär Dr. Lange.

Tagesereignisse.

— Vor Kurzem ist hierselbst der Hofapotheker, Collegienrath E. Noeschel, 66 Jahre alt, gestorben.

— Aus Moskau geht uns die erfreuliche Nachricht zu, dass der auch in weiteren Kreisen bekannte Director der Moskauer Entbindungsanstalt, Dr. Hugenberger, welcher seit längerer Zeit an Ischias litt, nach glücklicher Exstirpation einer am Kreuzbein sitzenden Cyste vollkommen wiederhergestellt ist.

— In der Gesellschaft Odessaer Aerzte hat, wie die «Wratschebnija Wedomosti» erfahren, Dr. Wagner den Antrag gestellt, ein *Ehrengericht* bei der Gesellschaft der Aerzte einzurichten. Dieser Vorschlag ist von der Gesellschaft nach längerer Debatte im Princip acceptirt und einer Commission, bestehend aus 5 Mitgliedern (DDr. Wagner, Meyer, Prisselkow, Stroganow und Finkelstein) die Ausarbeitung eines bezüglichen Projects übertragen worden.

— Der durch seine Arbeiten über Hypnotismus bekannte Physiolog, Docent Dr. Grützner in Breslau, ist zum ausserordentlichen Professor an der dortigen Universitat ernannt worden.

— In Paris ist das Mitglied der franz. Academie und des Senats Littré im 82. Lebensjahre gestorben. Sein Hauptwerk ist eine sehr geschätzte Ausgabe und Uebersetzung sämmtlicher Werke des Hippokrates. Ausser zahlreichen Arbeiten für medicinische Zeitschriften und das «Dictionnaire de médecine» beschäftigte er sich vorzugsweise mit philologischen und historischen Studien.

Miscellen.

— *Preisausschreiben.* Die amerikanische neurologische Gesellschaft (American Neurological Association) fordert zur Bewerbung um den «William A. Hammond-Preis» auf. Derselbe beträgt 500 Dollar und wird in der Sitzung im Juni 1882 dem Autor der besten Schrift über das Thema: «Die Functionen des Thalamus beim Menschen» zugesprochen werden. — Die Bedingungen unter denen die Bewerbung stattzufinden hat, sind folgende: 1) Angehörige jeder Nationalität können sich um den Preis bewerben. — 2) Die Arbeit muss eigene Beobachtungen und Experimente an Menschen und Thieren zur Grundlage haben. — 3) Die concurrirenden Schriften müssen in englischer, französischer oder deutscher Sprache geschrieben sein, in letzterem Falle mit lateinischen Buchstaben. — 4) Die Schriften sind frankirt zu senden an den Secretär des Preis-Comités Dr. E. C. Seguin, 41 West 20th street, New-York, und zwar bis zum 1. Febr. 1882; jede Schrift ist mit einer Devise oder einem Motto zu bezeichnen und muss ihr ein versiegeltes Couvert beigegeben sein, welches die Visitenkarte des Autors mit derselben Devise oder Motto enthält. — 5) Die gekrönte Preisschrift wird Eigenthum der Gesellschaft, welche die Veröffentlichung derselben übernimmt. — 6) Jeder Versuch, der darauf abzielt die Autorschaft einer Schrift direct oder indirect dem Comité oder einem Gliede desselben zu entdecken, schliesst diese Schrift von der Mitbewerbung aus. — 7) Die Zuerkennung des Preises wird durch das unterzeichnete Comité publicirt, und durch den Präsidenten der Gesellschaft in der Juni-Sitzung 1882 öffentlich verkündigt werden. — 8) Der Betrag der für den Preis festgesetzten Summe wird dem erfolgreichen Bewerber in Goldmünzen der Vereinigten Staaten ausgezahlt, oder, falls er es vorzieht, in Form einer goldenen Medaille mit passender Devise übergeben werden.

Unterzeichnet: Dr. F. T. Miles, Baltimore.
Dr. J. S. Jewell, Chicago.
Dr. E. C. Seguin, New-York.

— In Genf ist vor Kurzem an einem jungen Manne von Dr. Wagner eine Magenresection ausgeführt worden. Derselbe erkrankte nämlich nach dem Genusse von Seefischen plötzlich an einem acuten Magenleiden und der schnell consultirte Arzt entschied sich, da alle angewandten Mittel erfolglos blieben, für die Resection, welche Dr. Wagner vollzog. Es erwies sich, dass in die linke Magenwand eine Anzahl dicker Gräten eingedrungen war, deren kleinste 1½ Ctm. Länge hatte. Der Patient hatte am 1. Tage starkes Wundfieber, sieht aber nun seiner baldigen Genesung entgegen.

(Allg. med. Centr.-Zeitung).

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 21. Juni 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	931	351	1282
Alexander- «	738	161	899
Kalinkin- «	—	487	487
Peter-Paul- «	375	173	548
St. Marien-Magdalenen-Hospital	166	73	239
Marien-Hospital	295	467	762
Ausserstädtisches Hospital	517	148	665
Roshdestwensky-Hospital	58	16	74
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	572	146	718
6 zeitw. Hospitäler	828	138	966
Ausschlags-Hospital	12	5	17
Summa der Civilhospitäler	4492	2165	6657
Nikolai-Kinder-Hospital	42	53	95
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	64	70	134
Elisabeth-Kinder-Hospital	21	13	34
Summa der Kinderhospitäler	127	136	263
Nicolai-Militär-Hospital	381	16	397
Ssemenow'sches Militär-Hospital	187	—	187
Kalinkin-Marine-Hospital	195	—	195
Gesamm -Summa	5382	2317	7699

Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	2026	605	2631
Scarlatina	8	[illegible]	[illegible]
Variola	10	4	14
Venerische Krankheiten	498	484	982

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 14. Juni bis 21. Juni 1881 besucht von 2727 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1229.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs

für die Woche vom 7. Juni bis 13. Juni 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 713 (Todtgeborene 33). Mortalität der Woche für das Jahr berechnet 55,35 p. M.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
450	263	713	101	36	83	21	11	34	98	91	91	68	37	27	5	10

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 59, Typh. abd. 30, Febris recurrens 66, Typhus ohne Bestimmung der Form 15, Pocken 8, Masern 0, Scharlach 13, Diphtheritis 21, Croup 2, Keuchhusten 2, Puerperalkrankheiten 1, Dyssenterie 2, Thiergift 1, andere Infectionskrankheiten 22.

— Gehirnapoplexie 11, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 28, andere Gehirnkrankheiten 19, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 18, acute Entzündung d. Athmungsorgane 60, Lungenschwindsucht 97, andere Krankheiten der Brustoberfläche 11, Gastro-intestinal-Krankheiten 88, andere Krankheiten der Bauchoberfläche 22, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 37, Marasmus senilis 22, Cachexia 31.

— Tod durch Zufall 12, Selbstmord 1.

— Andere Ursachen 14.

Adressen von Krankenpflegerinnen.

Anna Karlowna Mordwin, у Чернышева моста, № 68, кв. 5.
M. Jakimowa, Гороховая, № 77, кв. 15.
Elis. Iwan. Njemtschinowa, На Пескахъ, 7 улица, № 8, кв. 4.
Amalie Schulz, На углу Вознесенскаго и Екатерингофскаго просп., д. Лихачева, № 37/6, кв. 37.
Frl. Helena Fedorowna Stepanenko (Hebamme u. barmherz. Schwester), Почтамтская ул., № 11, кв. 17.
Аполлинарія Егоровна Щепоткина (Hebamme) Новая ул., № 11, кв. 28.
Frl. Rasmussen, Обводный каналъ (на углу Измайловскаго просп.) № 21, кв. 30.
Frl. Nürnberg, Мал. Конюшенная, № 1/3, кв. 50.
Frau Eurich, На углу М. Итальянской и Эртелева пер., д. кн. Масальской, № 1/12, кв. 19.
Elisab. Karlowna van der Vliet (Hebamme und Krankenpflegerin) На углу большой Мастерской и Торговой улицъ, д. № 11/7, кв. 10.
Frau A. Jordan, Введенская ул., д. Зонтикова, кв. № 2.
Anna Andrejewna Bitt, Свѣчной переулокъ, д. № 8, кв. 10.
Anna Nikolaewna Nikolaewa, у Пустаго рынка, Рыночная ул., д. Пыльнева № 8, кв. 5.
Elis. Wass. Ospitschewa, Невскій просп. д. № 110, квар. № 11.
Caroline Krause, Измайловскій полкъ, 3 рота, домъ Общества дешев. кварт., № 7, комн. № 90.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 26 Іюня 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh., Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

ST. PETERSBURGER

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg,

Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 27. St. Petersburg, 4. (16.) Juli. 1881.

Zur Frage von der Urämie.

Von

Dr. Astaschewsky.

Privatdocent für allgemeine Pathologie an der Universität Kasan.

(Vorläufige Mittheilung).

In der Absicht die Frage zu entscheiden, ob in genügender Quantität ins Blutsystem eingeführter Harn urämische Symptome hervorrufen könne, wurde 3 Hunden *nach Unterbindung der Ureteren* mit einer Bürette frischer, aber condensirter Harn in die Femoralvene injicirt. Es ergab sich Folgendes: Versuch I. Hund von 11,550 Grm. Gewicht. Von 3400 Ccm. frischen Menschenharns, die bis auf 1050 Ccm. reducirt waren, mit einem specif. Gewicht von 1055, wurden 350 Ccm. genommen und im Verlauf von 1 St. 47 Min. in die Vene eingeführt. Sofort trat Schwäche und Zittern des Körpers ein. Eine Stunde 48 Min. nach der Injection starker Durchfall, nach 3 St. 9 Min. Erbrechen, das Thier wurde apathisch, nach 6 St. Bewusstlosigkeit, und nach *18 St. Tod.*

Versuch II. Dem Hunde (23,370 Grm.) wurden im Verlaufe von 1 St. 8 Min. 310 Ccm. eingedickten Menschenharns injicirt; Erbrechen und Schwäche trat auf; 3 Stunden nach der Einspritzung Symptome starker Aufregung; am anderen Tage wieder Erbrechen und Durchfall, der etwa 24 Stunden anhält. Nach 48 Stunden Tod in comatösem Zustande.

Versuch III. Von einem Hunde (14,167 Grm.) wurde die 3-tägige Urinmenge gesammelt (3100 Ccm.), auf einen Liter und 1035 specif. Gew. reducirt, und von diesem eingedickten Harn im Verlauf von 2 St. 28 Min. 950 Ccm. in die Femoralvene eines anderen Hundes (17,970 Grm.) injicirt. Es trat Schwäche ein, unregelmässiges Athmen, Beschleunigung des Pulses, Erbrechen, Abgeschlagenheit und Unruhe; nach 1 St. 9 Min. furchtbare Krämpfe, darauf Verlust des Bewusstseins und 1 St. 40 Min. nach der Injection Tod unter Krämpfen und Coma.

Folglich *kann die etwa 3-tägige Harnquantität, ins Blut eingeführt, urämische Erscheinungen hervorrufen.*

Um die Frage zu entscheiden, ob vielleicht Harnstoff und Kreatinin allein genommen, ungefähr in den Quantitäten, wie sie im Verlauf dreier Tage ausgeschieden werden, im Stande sind urämische Erscheinungen hervorzurufen, machte ich 3 Versuche mit Injection von Harnstoff, und 3 mit Injection von Kreatinin. Dabei erwies es sich, dass *die Einfuhr von Harnstoff, sogar in enormen Quantitäten (bis zu 8,8 pCt. des Blutgewichts* [1]) *keine urämischen Erscheinungen hervorrief und das Auftreten derselben nicht beschleunigte*, obgleich Erbrechen und Durchfall in der Regel erst spät auftreten. So traten im ersten Versuch Erbrechen und Durchfall nach 5 Stunden ein, im 2. nach 18 Stunden (Durchfall trat überhaupt nicht ein), im 3. nach 14 Stunden, und in geringer Intensität (nicht mehr als 5 Ccm.) Beim ersten Versuch waren keine Krämpfe vorhanden, im zweiten weder Krämpfe, noch comatöser Zustand; im 3. Versuch traten Krämpfe und Coma erst in den letzten 6—8 Stunden deutlich auf.

Im Ganzen zeigte sich bei diesen Versuchen, dass Harnstoff für den Organismus indifferenter ist, als in derselben Quantität und unter denselben Bedingungen eingeführter Traubenzucker.

Die Injection von Kreatinin, nach Unterbindung der Ureteren, gab bei 3 Hunden ebenfalls keine deutlichen Symptome, welche dazu berechtigen könnten, auf das Kreatinin als einen wichtigen Factor bei Entstehung der Urämie sich zu berufen. Doch ist dieser Körper nicht so indifferent, wie der Harnstoff. Als constantestes Symptom erscheint Erbrechen. Das Bewusstsein bleibt fast bis zum Tode erhalten. Krämpfe traten nur bei einem Hunde ein, ungefähr

[1] Das Blutgewicht wurde gleich 1/13 des Körpergewichts angenommen.

24 Stunden nach der Injection, und zwar hatte dieses Thier weniger Kreatinin erhalten als die anderen.

Um die Rolle aufzuklären, welche *die mineralischen Substanzen* bei Entstehung der Urämie spielen, besonders die Kalisalze, denen Voit eine grosse Bedeutung bei diesem Process zuschreibt, verfuhren wir folgendermassen: Da es bekannt ist, dass Hunde mit unterbundenen Ureteren in der Mehrzahl der Fälle innerhalb 2—3 Tage an Urämie zu Grunde gehen, so wurden den Thieren die mineralischen Substanzen aus der 3-tägigen Harnmenge eingeführt, entweder aus ihrer eigenen, oder aber in der Mehrzahl der Fälle, von einem anderen Hunde, der ein geringeres Gewicht hatte; wurden die mineral. Stoffe von einem Hunde gewonnen, der ein grösseres Gewicht hatte, so wurde eine bedeutend geringere, als die 3-tägige Quantität genommen. Der gesammelte Harn wurde filtrirt, und auf dem Wasserbade zur Trockne abgedampft. Der trockene Rückstand wurde während 3—7 Tagen in grossen irdenen Tiegeln verascht (in der ersten Hälfte der Versuchsreihe war die Veraschung keine so vollständige, als in der zweiten Hälfte). Die Asche wurde mit heissem Wasser behandelt, die Lösung filtrirt, das Filtrat von Neuem zur Trockne abgedampft, der trockene Rückstand 10—15 Minuten lang stark ausgeglüht und gewogen; zu demselben in den Kolben eine abgemessene Quantität Wasser hinzugefügt, dann die Lösung 20—30 Minuten lang gekocht. Nach der Abkühlung wurde die Lösung durch einen getrockneten, gewogenen Filter filtrirt. Der Filter mit dem geringen, in Wasser unlöslichen Niederschlag auf ihm wurde getrocknet, gewogen, und das Gewicht des Niederschlages wurde von der erhaltenen Quantität anorganischer Substanzen in Abzug gebracht. Die Quantität der filtrirten Lösung wurde bestimmt, und zu derselben eine bestimmte Quantität destillirten Wassers hinzugefügt, um eine Lösung von erforderlicher Concentration zu erhalten. Die auf diese Weise dargestellten Lösungen hatten deutlich alkalische Reaction, welche in den Versuchen 12—18 durch Hinzufügung einiger Tropfen Salzsäure schwach sauer gemacht wurde. Wenn das Thier nach Unterbindung der Ureteren sich vom Chloroform erholt hatte, wurde die Lösung bei gewöhnlicher Temperatur in kleinen Portionen in die Femoralvene eingeführt, welche durch eine Kautschukröhre mit der Bürette in Verbindung stand (um den Eintritt von Luft in die Vene zu vermeiden).

Die Wirkung der mineralischen Substanzen des Harns ist eine sehr heftige. Im Allgemeinen wurden folgende Symptome beobachtet. Nach Injection einer geringen Menge tritt Unruhe des Thieres ein, sein Geschrei verstärkt sich, der Hund strebt mit aller Gewalt sich vom Tisch loszureissen. Bei weiterer Injection *wird das Athmen langsamer* und in höchstem Grade unregelmässig. Es werden Pausen beobachtet von 20—30 Secunden, ja 1 Minute, während die Herzthätigkeit in der Mehrzahl der Fälle nicht abgeschwächt, zuweilen sogar verstärkt ist. Nach der Pause werden die Inspirationen häufiger und tiefer, gehen bis zu 80 und mehr in 1 Minute, werden dann wieder seltener und oberflächlicher, es tritt wieder eine Pause ein, — mit einem Wort, es wird das Cheyne-Stokes'she Athmen beobachtet. Während dieser Periode ist das Thier bei Bewusstsein, aber in einem Zustande furchtbarer Prostration; nicht selten wird schon zu dieser Zeit Erbrechen beobachtet. Nach weiterer Injection werden Unregelmässigkeit und Aussetzen der Athmung häufiger, die Herzthätigkeit wird ebenfalls beschleunigt, und das Thier verfällt in Krämpfe, gewöhnlich von dem Charakter des Opisthotonus, und fast immer verlieren die Thiere dabei das Bewusstsein, die Augenlider reagiren nicht. Bei weiterer Injection tritt Arythmie ein, die Unregelmässigkeit der Athmung wird stärker, es treten Athmungspausen bis zu 2 Min. ein, und zuletzt erfolgt unter allgemeiner krampfhafter Extension der Tod. Einige Male gelang es zu constatiren, *dass zuerst die Athmung sistirt, und dann erst, nach Verlauf von 1—2 Min., die Herzthätigkeit erlischt.* Wenn die Thiere nicht auf dem Operationstisch zu Grunde gehen, sondern nach der Injection noch einige Stunden leben, so beobachtet man grosse Schwäche, Apathie, Zittern, häufiges Erbrechen, Durchfall, Krämpfe, gewöhnlich mit dem Charakter des Opisthotonus, und fast immer comatösen Zustand, in welchem die Thiere auch sterben.

Dieselben Erscheinungen, nur schwächer ausgeprägt, wurden bei zwei Hunden beobachtet, bei denen die Injection *ohne vorgängige Unterbindung der Ureteren* ausgeführt wurde; der eine Hund war während zweier Tage schwach, apathisch, hatte Tremor, besonders in den Halsmuskeln und lag zwei Tage lang. Der andere Hund hatte stärkere Symptome und krepirte nach 38 Stunden, wie aus der beigefügten Tabelle ersichtlich.

Um die Bedeutung der Kalisalze für die Entstehung der oben beschriebenen Symptome festzustellen, welche den urämischen so ähnlich sind, wurden 3 Parallel-Versuche (15 bis 20) in folgender Weise unternommen: Die hergestellte Lösung wurde in zwei gleiche Theile getheilt; aus der einen Portion *wurden durch Hinzufügung von Kieselfluorwasserstoff-Säure die Kalisalze entfernt* [1] (nur in Vers. 20 sämmtliche, in den anderen blos ein Theil), die andere Portion wurde mit dieser Säure nicht behandelt. So wurde dem einen Hunde eine Lösung injicirt, die sämmtliche anorganischen Bestandtheile des Harns enthielt, den anderen — *dieselben Bestandtheile mit Ausnahme der Kalisalze* (richtiger, mit einem geringeren Gehalt an Kalisalzen). Die bei den Thieren dieser zweiten Gruppe beobachteten *Symptome waren viel schwächer ausgeprägt,* und, wie aus der Tabelle ersichtlich, lebten diese Thiere im Mittel *ungefähr 23 Stunden,* während in der Parallel-Versuchsreihe *sämmtliche Hunde* unter ausserordentlich schweren Symptomen *auf dem Operationstisch verendeten nach Injection von geringeren Quantitäten.*

Die mehr oder weniger schweren Symptome bei den Thieren, welchen eine Lösung mit geringerem Gehalt an Kalisalzen injicirt wurde, und ihr abnorm schneller Tod hingen sowohl von der Beimischung der nicht entfernten Kalisalze ab, als auch von dem grossen Gehalt an Natronsalzen (die Ueberzeugung giebt Vers. 20). Dass Chlornatrium, in grosser Quantität eingeführt, nicht entfernt so indifferent ist, wie Harnstoff, davon überzeugten mich 2 Ver-

[1] Der Ueberschuss an Säure wurde ganz (bis zu kaum merkbar saurer Reaction) mit kohlens. Natron neutralisirt. Das specif. Gewicht beider Lösungen wurde durch Hinzufügung dieses Salzes gleich gross. Zu der anderen Portion (von alkalischer Reaction) wurden einige Tropfen Salzsäure bis zu kaum merkbarer saurer Reaction hinzugefügt.

suche mit Einspritzung von Chlornatrium. Die Hunde litten an *starkem Durchfall* und Erbrechen; der eine wurde 6—7 Stunden nach der Injection somnolent, und verendete nach 25 Stunden; beim anderen Hunde wurden noch am folgenden Tage grosse Apathie und Mattigkeit beobachtet. So sind denn auch die Natronsalze nicht ohne Einfluss auf das Erscheinen wenigstens einiger Symptome, besonders in der Sphäre des Darmkanals, was übrigens nicht neu ist.

Die beigefügte Tabelle zeigt deutlich, wie gross der Unterschied in der Wirkung ist, die auf Hunde mit den von uns untersuchten Substanzen ausgeübt wurde.

№ des Versuchs.	Ins Blut eingeführte Substanz.	Gewicht des Thieres in Gramm.	Quantität der eingeführt. Lösung in Cc.	Quantität der Substanz in Gramm.	% Verhältniss in Bezug auf das Blutgew.	Dauer der Injection in Minuten.	Wieviel Stunden nach der Operation der Tod.	
							St M.	
1	Harnstoff	6570	253	33,250	6,5 %	59	64 20	Im Mittel 51 St.
2	Harnstoff	11070	176	24,816	2,9	44	38	
3	Harnstoff	3700	186	25,94	8,8	50	51	
4	Traubenzucker	3900	190	26,6	8,8	50	41 40	
5	Kreatinin	4070	49,5	0,314	0,1	15	16	33 St.
6	Kreatinin	4290	48	0,339	0,1	16	41	
7	Kreatinin	6240	48	0,339	0,07	20	42	
8	Anorgan. Subst.	29890	310	24	1,06	60	Genas	Ohne Unterbind. d. Ureteren
9	Anorgan. Subst.	28218	280	22,4	1,02	67	38	
10	Anorgan. Subst.	9340	70	4,5	0,5		60	
11	Anorgan. Subst.	9940	110	8	0,9	30	2 30	
12	Anorgan. Subst.	21155	125	8,4	0,5	48	12 30	
13	Anorgan. Subst.	22310	300	22,07	1,3	93	Tod a. d. Oper.-T.	
14	Anorgan. Subst.	14167	182	14,56	1,3	45	5	
15	Anorgan. Subst.	18530	190	15,2	1,06	102	Tod a. d. Oper.-T.	
	minus ein Theil							
16	der Kalisalze	17190	215	17,2	1,3	67	19	
17	Anorgan. Subst.	11870	100	7,5	0,8	28	Tod a. d. Oper.-T.	
	minus ein Theil							
18	der Kalisalze	8940	133	9,975	1,45	51	39 40	
19	Anorgan. Subst.	6890	129	10,32	1,9	45	Tod a. d. Oper.-T.	
20	ohne Kalisalze	6090	130	10,4	2,2	54	10	
21	Chlornatrium	11410	260	13	1,3	20	25	
22	Chlornatrium	21130	251	17,5	1,07	(?)	55	

Aus allem oben Dargelegten ergeben sich folgende Schlüsse:

1) Die Bedeutung des Harnstoffs bei Entstehung der urämischen Erscheinungen ist gleich Null.

2) Es ist zweifelhaft, ob das Kreatinin eine hervorragende Rolle beim urämischen Process spielt.

3) Ungewöhnlich heftige Wirkung auf den Organismus üben die anorganischen Substanzen des Harns aus, indem sie Symptome, ähnlich den urämischen, hervorrufen, und sogar sehr schnell den Tod herbeiführen.

Auf Grundlage dieses heftigen Effects bei Injection der anorganischen Substanzen muss man zu der Ueberzeugung gelangen, dass ihre Zurückhaltung im Körper der Nephritiker eine enorme Bedeutung hat in Bezug auf die Entstehung urämischer Symptome, und unwillkürlich drängt sich der Gedanke auf, — *ist nicht die Urämie eine Selbstvergiftung des Organismus mit anorganischen Substanzen — und in hervorragender Weise — mit Kalisalzen?*

Zum Schlusse halte ich es für meine Pflicht, dem Herrn Prof. Paschutin, in dessen Laboratorium diese Versuche unternommen wurden, meine aufrichtige Dankbarkeit auszusprechen.

St. Petersburg, 4. Mai 1881.

Nachschrift.

Als der Aufsatz bereits der Redaction übergeben war, wurde noch ein Versuch gemacht *mit Kreatinin*. Einem Hunde von 3970 Gramm wurden nach Unterbindung der Ureteren im Verlaufe von 22 Min. in die Femoralvene 96 Cc. einer Lösung injicirt, die *0,96 Gramm Kreatinin*, oder 0,31 pCt. des Blutgewichts betrug; der Hund verlor erst 2 Stunden vor dem Tode die Besinnung, bis dahin waren keine urämischen Symptome vorhanden. Dieser Versuch zeigt gleichfalls, *wie geringfügig die Rolle des Kreatinin bei Entstehung der urämischen Symptome ist.*

Ueber die Desinfection in Hospitälern.

Von

Dr. O. Petersen.

(Vortrag gehalten in der Versammlung der Aerzte des zum Andenken an den 19. Februar 1861 gegründeten Alexanderhospitals zu St. Petersburg am 28. October 1880).

M. H. In unserer letzten Sitzung hatte ich die Ehre mit der Aufgabe betraut zu werden, der Versammlung über den gegenwärtigen Stand der Desinfection in unserem Hospitale Bericht zu erstatten und ferner Maassregeln über unseren Mitteln entsprechende Verbesserungen vorzuschlagen.

Der Grundidee unserer Zusammenkünfte entsprechend, werde ich mich nicht in theoretische Betrachtungen verlieren, sondern die Frage von rein praktischer Seite zu beleuchten suchen.

Die Kürze der verflossenen Zeit erlaubte es mir leider nicht den Gegenstand mit der Gründlichkeit und Genauigkeit zu bearbeiten, die dieser wichtige Faktor unserer Hospitalorganisation verdient und daher muss ich bitten meine Mittheilung nur als vorläufige anzusehen, deren Zweck ist, diese Frage überhaupt anzuregen und einen Meinungsaustausch der Collegen zu bewirken.

Wenn wir nun auch nur die praktische Seite der Desinfectionsfrage in Betracht ziehen wollen, so giebt es eine so grosse Reihe von wichtigen Punkten, dass wir sie nicht alle in den Kreis der Besprechung hineinziehen können. So z. B. ist seit den Errungenschaften der letzten Jahrzehnte der grösste Theil unserer chirurgischen Hülfsleistungen nichts anderes als Anwendung von Desinfection und wenn wir uns auf den Standpunkt von Klebs stellen, der Pilze für die Ursache fast aller Krankheiten ansieht, so fallen die Begriffe von Behandlung und Desinfection zusammen.

Daher beschränken wir die heutige Betrachtung vorherrschend auf die Desinfection von *Wäsche und Kleidungsstücken* und erlauben uns im nachfolgenden zu erläutern:

1) Den gegenwärtigen Zustand der Desinfectionsthätigkeit in unserem Hospital.

2) Die darauf bezüglichen bestehenden Gesetzesvorschriften.

3) Vorschläge zu Verbesserungen.

I. Die bestehende Methode der Desinfection im (Alexander) Hospital:

1) Die *Gebäude* werden im Laufe des Sommers gelüftet, wenn die Zahl der Kranken es gestattet; zur Zeit von Epidemieen werden in den Korridors Flaschen (mit Glasröhren im Propfen) aufgestellt, in denen Chlor entwickelt wird.

2) Die *Wäsche* wird in bestimmten Zeiträumen (sobald die vorhandene Quantität es gestattet) oder nach Maassgabe des Bedürfnisses gewechselt und ohne jegliche Desinfection gewaschen. Die Wäsche von Typhuskranken oder sonstigen infectiösen Patienten wird nicht von der übrigen Wäsche getrennt. Dieses ist auch schon bisher deshalb unmöglich, weil wir an Raummangel leiden, keine aparten Abtheilungen für ansteckende Patienten besitzen, und nicht einmal über

einen aparten Raum für die schmutzige Wäsche überhaupt verfügen. Sie wird in Bündeln in demselben Zimmer abgestellt, in welchem die reine Wäsche aufbewahrt wird.

3) Die *Schlafröcke*. Die aus Kameelsgarn verfertigten, für den Winter bestimmten Röcke werden von Ende August bis Anfang Juni getragen; für den Sommer existiren Schlafröcke aus Leinwand, die aus Mangel an der gehörigen Anzahl jedoch nicht allen Kranken gegeben werden können. Die Winterschlafröcke werden nach Möglichkeit im Sommer gelüftet.

Die Uebertragung von Krankheiten durch die Kleidung ist gewiss nicht eine Seltenheit; als Beispiel möchte ich Folgendes anführen: Auf wiederholte Bitte wurde mir für die V. (syphilitische) Abtheilung im Herbst 1879 eine Partie neuer Schlafröcke gegeben, die jedoch, wie es sich später erwies, aus der Reserve stammten und im Obuchowhospital bei einer Typhusepidemie gedient hatten; bald darauf zeigten sich Erkrankungen an Flecktyphus (10 Fälle). Dieses bewog mich, nach der Herkunft der Schlafröcke zu forschen und sie schleunigst zu entfernen, und damit hatte die Massenerkrankung an Typhus ein Ende. Auch kamen übrigens Erkrankungen an Pocken bei Patienten vor, die bereits einige Monate in meiner Abtheilung lagen (einer derselben starb sogar).

4) *Die Matrazen und Strohsäcke*. Die Erkrankung an Infectionskrankheiten im Verlauf des Hospitalaufenthaltes ist, wie erwähnt, recht häufig, der sogen. *Matrazentyphus* ist ja wohl allen unseren Hospitalcollegen bekannt. Leider habe ich darüber keine genaueren Data sammeln können, doch schon nach den Sectionen urtheilend, kann ich sagen, dass auch im verflossenen Jahre die Zahl der im Hospital an Typhus und Recurrens Erkrankten eine bedeutende war, von Erysipel schon garnicht zu reden. — Die Matrazen sind in einem mehr als traurigen Zustande, die Anschaffung neuer hat im Verlauf von wenigstens 15 Jahren nicht stattgefunden, die alten sind «zuweilen» ausgebessert worden, doch giebt es viele, wo das Zeug ganz mürbe geworden und die zusammengeballten Rosshaare ein Lieblingsaufenthalt von mikro- und makroskopischen Parasiten geworden.

Der vorhandene Complex ist nach den Büchern des Inventars folgender:

Strohsäcke	2443	Stück.
Matrazen (Rosshaar- oder Bast-)	649	»
Drahtmatrazen	300	»

Wieviele jedoch von den 649 überhaupt noch im Zustande der Brauchbarkeit, das zu konstatiren wäre eine interessante Aufgabe für die Controlbeamten.

Die *Strohsäcke* werden in unbestimmten Terminen gewechselt. Nach jedem Todesfall *soll* das Stroh verbrannt werden, ob es jedoch geschieht, ist mir unbekannt. Im vergangenen Sommer wurde auf dringende Bitte das Stroh in der V. Abtheilung gewechselt und die Säcke gewaschen. Wie oft es in den anderen Abtheilungen geschieht, habe ich nicht in Erfahrung bringen können. Bezüglich der Rosshaarmatrazen muss ich noch erwähnen, dass wenn sie sich nach dem Tode eines Patienten durch Stühle etc. in sehr übelriechendem Zustande befinden, sie auf den Boden gebracht werden sollen. Es kommt jedoch vor, dass letzterer verschlossen ist, dann werden sie vor der Bodenthür hingeworfen und wenn einige Stunden darauf der freie Platz von einem neuen Patienten eingenommen werden soll, wird die betreffende Matraze von der Bodentreppe wieder ins Bett geschafft. Der unmögliche Zustand unserer niederen Hospitalbedienung dürfte in einem besonderen Vortrage abgehandelt werden.

5) *Die Kleider der eintretenden Kranken*. Diese Kleidungsstücke werden im Empfangszimmer in Bündel zusammengelegt und in einer Scheune aufbewahrt, von wo aus sie den Leuten beim Verlassen des Krankenhauses wieder herausgegeben werden, ohne vorher desinficirt zu werden; die Leute geben in die Stadt und tragen die Infectionsstoffe in alle Himmelsrichtungen. Ein kleiner Theil wird freilich der Desinfection in einem besonderen Raum unterworfen, jedoch nach Gutdünken des Dieners des Aufnahmezimmers (пріемщикъ), eines verabschiedeten Soldaten, nach dessen Meinung die Manipulation zur Vertilgung von Insecten bestimmt ist.

Die Desinfection (durch Hitze) soll 2 Mal wöchentlich ausgeführt werden, ob es jedoch geschieht, lässt sich schwer constatiren. Es ist dabei zu bemerken, dass die Beaufsichtigung dieser Arbeiten zu den Obliegenheiten des Oekonomen gehörte, der bereits mit Pflichten überhäuft war; gegenwärtig ist diese Pflicht dem Polizeimeister des Hospitales übergeben.

Die *Einrichtung der Desinfectionskammer*: Sie befindet sich in einem der einstöckigen Nebengebäude des Spitales, neben der Scheune für die Krankenkleider. Der Raum ist ca. 1 Faden lang, ca. 3 Faden hoch und ca. 3 Faden breit und durch eine Kapitalwand in 2 Hälften getheilt. Die Querwand enthält 4 herausschiebbare eiserne Thüren, an deren jeder je 3 horizontale lange Stäbe angebracht sind, auf welche die zu desinficirenden Gegenstände gehängt werden, dann schiebt man die Thüren zu, so dass sich die Gestelle im eigentlichen Hitzraum befinden, durch die Thüren vom übrigen Raum abgeschlossen sind. Unter dem Hitzraume, der eine Ziegeldiele besitzt, befindet sich der Ofenraum, der von einer Seite geheizt wird. Die Temperatur im Hitzraume kann nicht über 65° R. gebracht werden und lassen sich auf den Gestellen nur 10 Bündel auf einmal unterbringen, wenn sie auseinander genommen aufgehängt werden.

Pelzsachen unterliegen wegen möglichen Verderbens der Desinfection garnicht. Da die Thür zum Hof und ein vorhandenes Fenster in der ersten Hälfte der Kammer nur unvollkommen schliessen, lässt sich eine stetige Temperaturerhöhung nur schwer erzielen, zumal die Arbeit nur vom Пріемщикъ besorgt wird. Die Sachen sollen 12 Stunden in der Hitze hängen und ist deshalb 1 Faden Holz zu jeder Räucherung bestimmt. — Da in den Taschen der Kleider häufig Zündhölzchen vorhanden, so kommt es nicht selten vor, dass *die Sachen während der Desinficirung in Brand gerathen*. (Dieses war auch der Fall bei einer in meiner Gegenwart angestellten Probe).

Aus dem Dargelegten wird es klar, dass, ganz abgesehen von den Hospitalgegenständen, eine Desinfection *unmöglich* ist, wenn, wie es bei uns im Winter häufig der Fall, an einem Tage bis 50 Patienten eintreten. Der Apparat reicht nicht aus und es fehlt an Arbeitskraft, denn der Пріемщикъ hat schon alle Hände voll zu thun; er schreibt die aufgenommenen Kranken auf, desgleichen ihre Sachen, die er in Bündeln zusammenlegen muss.

Nach diesen Bemerkungen ist es wohl Jedem begreiflich, wie bei den bestehenden Verhältnissen von einer Verringerung der Ansteckungsgefahr durch die Kleider nicht die Rede sein kann und dass unsere Desinfectionsvorrichtungen höchst primitiv zu nennen sind.

Indem ich dieses traurige Bild skizzirte, hatte ich durchaus nicht die Absicht gerade *unserem* Hospital einen besonderen Vorwurf zu machen; es ist durchaus nicht nur bei uns damit so schlecht bestellt, mit einigen Variationen wird es wohl auch auf alle übrigen Hospitäler passen, mit Ausnahme der Kinderhospitäler. Zu meinem grossen Bedauern ist es mir bis jetzt nicht gelungen aus anderen Hospitälern *genauere* Data zu erhalten; ich kann nur anführen, was ich theils privatim über einige Spitäler in Erfahrung gebracht, theils mir von einigen Oberärzten mitgetheilt worden.

Im *Obuchowhospital* existirt eine reguläre Desinfection nicht. Vor 2 Jahren hat Dr. Herrmann diese Frage angeregt, man wollte eine der unsrigen entsprechende Kammer einrichten, bis jetzt ist es jedoch noch beim Alten geblieben. Neuerdings soll die Anordnung getroffen worden sein, dass die Wäsche der eintretenden Kranken gewaschen werde. In einer Anfang Mai stattgefundenen Sitzung des hiesigen

polytechnischen Vereins forderte Dr. Herrmann Mitglieder des Vereins auf, ob sie nicht die Bearbeitung des technischen Theiles der Desinfectionsfrage übernehmen wollten, bis jetzt hat sich jedoch leider noch Niemand dazu bereit erklärt.

Im *Marienhospital* ist seit längerer Zeit eine Desinfectionskammer eingerichtet, die der unsrigen entspricht, die Temperatur steigt nicht über 60° R., während doch die Untersuchungen von Wernich und Erismann nachgewiesen, dass zur Tödtung der infectiösen Pilze wenigstens 100° R. nöthig sind.

Im *Peter-Paulhospital* sind garkeine Einrichtungen zur Desinfection vorhanden, desgleichen in den *Militärhospitälern* und im *Kalinkin-Marinehospital.* Von den zeitweiligen, gerade für Typhuskranke eingerichteten Spitälern schon garnicht zu sprechen.

Und somit müssen wir zu dem wenig erfreulichen Schlusse kommen, dass *bis jetzt* in unseren grossen Hospitälern von einer Desinfection der Kleidung und Wäsche, dieser Träger und Weiterverbreiter der Ansteckung nicht die Rede sein kann. Alles beschränkt sich auf Verbrennen von Stroh und Waschen der Wäsche. (Schluss folgt).

Referate.

Denissenko: Zur Frage des Morbus Brightii. (Wratsch. № 14).

In einer vorläufigen Mittheilung veröffentlicht Verf. folgende Resultate seiner Arbeiten:

1) Die Erscheinungen, wie man sie bei Morb. Brightii findet, sind weder auf parenchymatöse noch sonstige Entzündung der Nieren zurückzuführen, sondern es sind Folgeerscheinungen einer Verstopfung der Nierenknäule (Glomeruli Malpighi) und Harnkanälchen durch eine massige Ausschwitzung.

2) Die Veränderungen am Nierenepithel treten ebenfalls erst secundär auf.

3) Die Ausschwitzung findet nicht aus den Gefässen statt, welche in der Umgebung der Knäule liegen, sondern aus den Gefässen, die sich innerhalb der Knäule befinden.

4) Die Ausschwitzung von Massen ist wohl eine Eigenschaft, die allen Gefässen eigen ist, jedoch ist die Masse von verschiedener Consistenz.

5) Die Ausschwitzung kann gleichzeitig ausser in den Nieren in verschiedenen anderen Körpertheilen vorkommen, z. B. im Auge und ist durch Innervationsstörungen bedingt. P.

Prof. R. Chrobak (Wien): Beiträge zur gynäkologischen Therapie. (Wiener med. Presse № 11, 1881).

Verf. hat sich die Aufgabe gestellt, ein in der orthopädischen Chirurgie angewandtes Mittel, — den constanten Zug —, bei den Zuständen zu versuchen, wie sie durch die Ausgänge der so häufigen Entzündungen des Beckenbindegewebes geschaffen werden, bei den Lage- und Gestaltveränderungen in Folge schrumpfender Parametritiden. Dabei hat er vorläufig nur extraperitonäale Processe im Auge, da er mit manueller Lösung peritonäaler Adhäsionen schlimme Erfahrungen gemacht hat, — recidivirende Entzündungen, Haematocelen, — und hält für sein Verfahren abgelaufene Processe für geeignet, an denen jede Spur entzündlicher Reizung fehlt. Das Verfahren ist folgendes: Ein mit einem Häkchen versehener ½ Ctm. breiter dünner Kautschukstreifen wird an die Portio vaginalis befestigt, dann bis zur Entstehung einer leichten Schmerzhaftigkeit im parametralen Gewebe angespannt, und mit Hülfe einer stählernen Feder und zweier Riemen am Unterschenkel befestigt. Die Extension wird mehrere Stunden lang fortgesetzt, und während derselben warme Injectionen gemacht. Bisher konnte er nach jeder Extension vermehrte Beweglichkeit des Uterus nachweisen, bisweilen blieb keine abnorme Fixation mehr übrig. S—t.

Prof. Kaposi: (Wien): Ueber ein neues Mittel gegen Hautkrankheiten. (Wien. med. Presse № 20).

Von der Voraussetzung ausgehend, dass der *Theer*, ein Gemisch verschiedener Substanzen, einen Stoff enthalte, der dieselbe Wirkung zeige, aber ohne die Haut zu reizen geruchlos und nicht giftig sei, hat Vf. die verschiedenen im Theer enthaltenen Stoffe isolirt und auf ihren therapeutischen Werth geprüft. Die chemischen Arbeiten wurden unter Leitung von Prof. Ludwig vorgenommen. Als nicht zweckentsprechend wurden Resineon, Benzol und Carbolsäure bei Seite gelassen und darauf der unter dem Namen *β Naphtol* (Formel $C_{10}H_8O$) bekannte Stoff angewandt. Das *Naphtol* kommt in groben Stücken in den Handel und ist von violett brauner Farbe. Es löst sich in Wasser nicht, jedoch leicht in der gleichen Menge Alcohol und hat einen fade-süsslichen Geschmack; in Fett und Oel löst es sich ebenfalls. Setzt man zur alcoholischen Lösung Wasser hinzu, so bildet sich ein Niederschlag, der sich beim Durchschütteln jedoch wieder löst, wenn die Wassermenge die halbe Quantität des Alcohol nicht übersteigt.

Somit kann man Naphtol in wässrig-alcoholischer Lösung und in Salbenform anwenden. Beide sind, in dünnen Schichten auf die Haut aufgetragen, farblos, färben sich jedoch nach längerer Einwirkung der Luft leicht rosa, verderben jedoch die Wäsche nicht. Etwa entstehende Flecke lassen sich leicht auswaschen.

Das Naphtol wird von der Haut resorbirt und durch die Nieren ausgeschieden. Einige Stunden nach dem Einnehmen von Naphtol wird der Harn leicht getrübt und findet man nach den Untersuchungen von Mauthner das Naphtol unverändert ausgeschieden.

Therapeutische Versuche. Vf. hat das N. in 76 Fällen angewandt und zwar bei verschiedenen Hautleiden. Bei *Scabies* war der Erfolg ein so vollständiger, dass Vf. alle früheren Mittel bei Seite lässt und nur N. anwenden will. Es wird nach folgender Formel verschrieben.

Rp. Naphtoli 15,0
Axungiae 100,0
Sapon. virid. 50,0
Cret. alb. pulv. . . . 10,0
MD. Unguent. Naphtoli compositum.

Bei *Eczem* hat es Vf. anfangs als 5 pCtige später als 2 pCt. und ½ pCtige Lösung applicirt und zwar ebenfalls mit gutem Erfolg. Desgleichen bei *Psoriasis* in 15 Fällen als 10—15 pCtige Lösung. Hier wirkte es ebenso gut wie Chrysarobin. Nach 6—8-maligem Bestreichen werden die psoriatischen Stellen weiss, die Umgebung jedoch wird nicht verfärbt. Von Erfolg war die Anwendung auch bei *Pityriasis versicolor*, Prurigo (5 Fälle) und Ichthyosis (1 Fall).

Bei einem Fall von *Lupus erythematosus* applicirte Vf. das Naphtol in Pastenform (1 : 8 amylum). Bei *Lupus vulgaris* und *Epithelioma* trat keine Wirkung ein.

Aus Allem schliesst Vf., dass man, obgleich er die Versuche noch fortsetzen will, schon jetzt sagen kann, dass wir im Naphtol ein werthvolles Medicament besitzen, welches vielfach den Theer ersetzt, ohne dessen unangenehme Eigenschaften zu besitzen. P.

Schrumpf: Zwei Fälle von Heilung grosser erectiler Angiome durch methodische Compression mit Heftpflasterstreifen. (Gaz. méd. de Strasbourg. 1881 № 5.)

1) Ein grosses, den ganzen Oberarm einnehmendes Angiom bei einem neugeborenen Kinde comprimirte Schr. mit Heftpflasterstreifen und wickelte dann den ganzen Arm von der Hand bis zur Schulter mit einer Binde ein. Dieses Verfahren wurde später von den Eltern des Kindes ungeschickt wiederholt, wobei sich mehrfach Excoriationen bildeten. Nach ungefähr 4 Monaten war die ganze Geschwulst verschwunden mit Hinterlassung von kleinen narbigen Indurationen.

2) Bei einem 18 tägigen Knaben fand sich eine den Unterarm von der Handwurzel bis 2 Finger breit oberhalb des Ellenbogengelenkes umgebende erectile Gefässgeschwulst, die am Unterarme nur vorn eine höchstens 1 Ctm. breite Partie frei liess. Der Unterarm wurde mit Heftpflaster comprimirt und mit einer Binde eingewickelt und dieser Verband allwöchentlich erneuert. Nach 7 Wochen wurde der Verband weggelassen und es verschwanden bald auch die letzten Reste der Geschwulst, von welcher nur ein blauer Fleck auf unebener, hier und da indurirter Haut nachblieb.

Der Verf. empfiehlt die methodische Compression der cavernösen Angiome als ungefährliches und doch wirksames Verfahren vor allen blutigen operativen Eingriffen. Br.

L. Heydenreich und Prof. F. Beilstein (St. Petersburg): Ueber die Werthbestimmung von Desinfectionsmitteln. (Deutsche Vierteljahrschr. f. öffentl. Gesundheitspflege B. XIII, Heft 2 1881.)

Von den Verf. ist im chemischen Laboratorium des hiesigen technologischen Institutes eine Reihe von Experimenten angestellt worden, um den Werth verschiedener Desinfectionsmittel zu bestimmen. Es wurden dazu Aufgüsse auf menschliche Faeces und faulende Erbsen genommen, denen die betreffenden Mittel zugesetzt wurden. Von Einfluss für die Wirkung der Mittel ist auch die Zeitdauer, während welcher es auf die zu desinficirende Masse einwirken kann. Die Verf. liessen die Substanzen 24 Stunden lang einwirken. Darauf wurde ein Tropfen der desinficirten Masse entnommen und in Nährflüssigkeit (Cohn'sche, 1% Lösung Liebig'schen Fleischextractes oder 10% Malzextractlösung) gebracht, um nach den etwa entstehenden Trübungen Schlüsse zu ziehen (Bacterioskopie). Die Versuche wurden mit Eisenvitriol, schwefelsaurer Thonerde und mit käuflichen Desinfectionspulvern (z. B. das Max Friedrich'sche) angestellt.

Aus den Versuchen ergiebt sich, dass nur *mit Körpern von saurer Reaction* eine zuverlässige Desinfection ausgeübt werden kann, wo es angeht, wird *verdünnte Schwefelsäure* das billigste Mittel sein. Nächst dieser ist *schwefelsaure Thonerde* gut und billig.

Lässt man Gegenstände 2—3 Tage in einer 4 % Lösung liegen, so werden sie sicherer desinficirt, als durch Zusatz einer 15 % Eisenvitriollösung, folglich ist die Anwendung von schwefelsaurer Thonerde billiger. Letzterer wird nur ein Vorwurf gemacht, sie macht nämlich die Fäulnissherde nicht geruchlos. Als billiges Desodorans können Verf. nur die Carbolsäure empfehlen.

Daher empfiehlt sich als billiges und gutes Desinfectionsmittel ein Gemisch von schwefelsaurer Thonerde und Carbolsäure.

Vor käuflichen kalkhaltigen Desinfectionspulvern warnen die Verfasser. P.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Jileck: Ueber das Verhalten des Malariafiebers in Pola. Wien 1881. Gross 8°. 86 S.

Obgleich Verf. durchaus keine neuen ätiologischen Momente beibringt oder auch nur beizubringen beabsichtigt, so ist die Arbeit doch in sofern von Interesse, als sie auf's Neue die Abhängigkeit der Malariaerkrankung von klimatischen und Bodenverhältnissen nachweist und zugleich darthut, wie viel durch vernünftige Sanirungsarbeiten zur Einschränkung der Malariaendemien geleistet werden kann.

In nächster Nähe der Stadt Pola, der Centralstation der österreichischen Mittelmeerflotte, befinden sich zwei sumpfige Niederungen, in welchen sich die atmosphärischen Niederschläge des Herbstes und Frühjahres sammeln, und einen günstigen Nährboden für die Entwickelung niederer Organismen abgeben. Während des dürren Sommers trocknen diese Sümpfe aus und der nun nicht mehr von Wasser bedeckte Boden exhalirt das Malariamiasma, welches durch die vorherrschenden Ostwinde der Stadt und der Garnison zugetragen wird. In Folge dessen beginnen die Malariaepidemien im August. An der Hand eines reichen statistischen und meteorologischen Materials, welches bis zum J. 1863 zurück reicht, weist Verf. nach, dass die Häufigkeit der jährlichen Malariaerkrankungen der österreichischen Garnison in direcktem Verhältniss stand zu der Menge des in der vorhergegangenen regnerischen Jahreszeit gefallenen Regens und der durch denselben bewirkten Durchnässung der schon erwähnten sumpfigen Thalniederungen.

Nachdem dieselben im J. 1870 von der österreichischen Regierung canalisirt und trocken gelegt worden waren, fiel die Morbilitätsziffer, welche in der Garnison in Folge der massenhaften Fiebererkrankungen bis 80 % betragen hatte, auf 8 % herab. Als aber in den letzten Jahren die Canäle der Obhut der Polasischen Stadtgemeinde übergeben, und von dieser vollständig verwahrlost wurden, geriethen die Thalniederungen wieder in den Zustand der früheren Versumpfung. Dem entsprechend stieg auch die Zahl der Malariaerkrankungen in der Garnison und belief sich im J. 1879. wieder auf 50 %.

Von Interesse sind noch die Resultate, welche die Sanitätsleitung der Kriegsmarine in Pola durch den prophylaktischen Gebrauch von Chinin erzielte. Von der 736 Mann betragenden Mannschaft einer Marinekaserne erhielten 500 Mann vom 1. Juni bis zum 20. September 1869 täglich 0,2 und später 0,1 Chinin, während die 236 Uebrigen ohne dieses Medicament blieben. Von den erstern erkrankten 18,2 % an Malaria, von den letzteren 28,8 %. Ausserdem war das sonst daselbst sehr häufige und schwere Wechselfiebersiechthum bei den dem prophylaktischen Chiningebrauch unterzogenen Leuten eine grosse Seltenheit, sowie bei ihnen überhaupt auch die Recidive seltener beobachtet wurden. D—o.

Russische medicinische Literatur.

№ 159. **Wratsch.** № 26.
Inhalt: a. W. Radulowitsch: Ein Fall, in welchem das absteigende Stück der tracheotomischen Canüle in die Luftröhre gefallen war.
b) M. Buch: Fibrome der Haut, verursacht durch Tragen von Ohrringen.
c) W. Drosdow: Therapeutische Bedeutung der Mineralwässer von Shelesnowodsk.

№ 160. **Wratschebnija Wedomosti.** № 24.
Inhalt: a. Alexejew: Die Aerzteverbände und Ehrengerichte.
b) Makawejew: Einfluss der Mineralbäder in Staraja Russa auf Körpertemperatur, Puls und Respiration. (Schluss.)

№ 161. **Anzeiger der Mineralbäder von Staraja-Russa** № 7.
Inhalt: a. Der Schlamm von Staraja Russa.

№ 162. F. Weber: Ueber die Krankheiten, bei welchen die Behandlung mit den Mineralwässern von Staraja Russa indicirt ist.

№ 163. **Wojenno-Medisinski Journal.** Mai-Heft 1881.
Inhalt: Scherschenewitsch: Ueber den Einfluss des Chloral, Chloroform und Saponin auf die rothen Blutkörperchen innerhalb und ausserhalb des Körpers.
b) K. Joëlson: Ueber die Augenkranken des 62. temporären Militärhospitals.
c) Bericht des Haupt-Militär-Hospitalcomités pro 1879.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Die Anomalien der Zahnstellung und die Defecte des Gaumens von Prof. Norman W. Kinsley (New-York), deutsch von Prof. Ludw. Holländer (Halle). Mit 194 Holzschnitten. Arth. Felix. Leipzig 1881.

— Beiträge zur Zahnheilkunde von Prof. L. Holländer. Mit 8 Holzschnitten. Arth. Felix. Leipzig 1881.

— Handbuch der gerichtlichen Medicin, herausgegeben von Prof. J. Maschka. Bd. I. Mit Holzschnitten und einer lithographirten Farbentafel. H. Laupp. Tübingen 1881.

— Gegenwart und Zukunft der kaukasischen Mineralbäder von N. Schtscherbakow. (russ.) Moskau 1881.

— La gaceta de sanidad militar. № 155 u. 156.

Tagesereignisse.

— Der Professor der gerichtlichen Medicin Dr. Ed. Hofmann in Wien ist von der hiesigen medico-chirurgischen Academie zum Ehrenmitgliede ernannt worden.

— In Oxford ist der bekannte Physiologe Prof. Rolleston im Alter von 52 Jahren gestorben.

— In Wien hat sich im Juni-Monat eine «*österreichische Gesellschaft für Gesundheitspflege*» gebildet, zu deren Präsidenten Prof. Billroth gewählt worden ist.

— Die Redaction der «Medicinischen Jahrbücher» ist nach dem Ableben des bisherigen Redacteurs Prof. Heschl von der Gesellschaft der Aerzte in Wien den Professoren Albert und Ludwig übertragen worden.

— Wir haben bereits öfters Veranlassung gehabt, die ungenügenden Hospitalverhältnisse unserer Stadt zu besprechen, ohne jedoch bisher eine Aufbesserung derselben in baldige Aussicht stellen zu können. Vor einigen Tagen ist nun das Elaborat der städtischen Sanitätscommission (unter dem Präsidium von W. J. Lichatschew) im Druck erschienen und die in demselben enthaltenen Vorschläge zur Reorganisation werden nun den gesetzmässigen Instanzenzug durchzumachen haben. Der Uebergang der Hospitäler in städtische Verwaltung dürfte vermuthlich zum 1. Januar 1882 erfolgen.

Miscellen.

— Prof. Dr. A. Sagorski, Präsident der Marien-Casse für Wittwen und Waisen der Aerzte, theilt uns mit, dass die neuen Statuten dieser Casse am 1. Juli zur Bestätigung vorgestellt sind.

— Im Irrenhause in Charenton ist Ende Januar der unter dem Namen «Glasmensch» vor Jahren einmal genannte Insasse, der sich einbildete, dass sein Körper aus Glas bestehe, im Alter von 103 Jahren gestorben. Er war seit 1797 im Irrenhause und hat während dieser 83 Jahre nur einmal gesprochen, um Tabak zu verlangen.

— Dr. Buchanan, der ärztliche Beistand des Gesundheitsamtes in London, hat angesichts der gegenwärtig in London herrschenden Pockenkrankheit eine statistische Aufstellung für die letzten 52 Wochen veröffentlicht. Es starben darnach im Ganzen 1532 Personen an den Pocken; 325 davon waren nachweislich geimpft, 637 waren nicht geimpft; von den übrigbleibenden 570 lässt sich weder das Eine noch das Andere nachweisen. Da nun in London sich ungefähr 3,620,000 Geimpfte neben 190,000 Nichtgeimpften befinden, so folgt daraus, dass die Sterblichkeit der Geimpften nur 90 auf eine Million beträgt, während von Nichtgeimpften 3500 auf die Million sterben.

— Von der königlich belgischen Academie der Medicin in Brüssel ist eine *internationale Preisconcurrenz* ausgeschrieben, deren Aufgabe lautet: «Den Werth der Spectralanalyse für die gerichtliche Medicin und Sanitätspolizei durch neue Experimente und Untersuchungen darzuthun». Der Preis für die beste Arbeit beträgt 1200 Frcs. Die Arbeiten sind bis zum 31. December 1882 einzureichen.

— Dem Magnetiseur Hansen ist neuerdings auch im preussischen Staatsgebiet die Veranstaltung öffentlicher Vorstellungen auf Grund eines Gutachtens der wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen, untersagt worden, weil es sich bei den gedachten Vorstellungen um physiologische Experimente handele, welche die Möglichkeit einer Schädigung der Gesundheit der dabei als sogenannte Medien benutzten Personen mindestens sehr nahe legen.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 28. Juni 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	949	347	1296
Alexander- «	761	161	922
Kalinkin- «	—	453	453
Peter-Paul- «	359	172	531
St. Marien-Magdalenen-Hospital	166	72	238
Marien-Hospital	295	426	721
Ausserstädtisches Hospital	493	147	640
Roshdestwensky-Hospital	58	17	75
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	553	141	694
6 zeitw. Hospitäler	831	137	968
Ausschlags-Hospital	15	13	28
Summa der Civilhospitäler	4480	2086	6566

	M.	W.	Summa
Nikolai-Kinder-Hospital	45	50	95
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	64	62	126
Elisabeth-Kinder-Hospital	20	15	35
Summa der Kinderhospitäler	129	127	256
Nicolai-Militär-Hospital	309	—	309
Ssemenow'sches Militär-Hospital	181	—	181
Kalinkin-Marine-Hospital	194	—	194
Gesammt-Summa	5293	2213	7506

Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	2025	601	2626
Scarlatina	10	15	25
Variola	12	8	20
Venerische Krankheiten	498	449	947

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 21. Juni bis 28. Juni 1881 besucht von 2549 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1130.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs

für die Woche vom 14. Juni bis 20. Juni 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 731 (Todtgeborene 28). Mortalität der Woche für das Jahr berechnet 56,70 p. M.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
462	269	731	133	38	89	23	14	37	86	90	75	60	41	23	7	15

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 47, Typh. abd. 31, Febris recurrens 51, Typhus ohne Bestimmung der Form 11, Pocken 3, Masern 5, Scharlach 14, Diphtheritis 21, Croup 3, Keuchhusten 4, Puerperalkrankheiten 1, Dyssenterie 4, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 19.

— Gehirnapoplexie 7, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 27, andere Gehirnkrankheiten 17, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 11, acute Entzündung d. Athmungsorgane 73, Lungenschwindsucht 104, andere Krankheiten der Brustoberfläche 12, Gastro-intestinal-Krankheiten 110, andere Krankheiten der Bauchoberfläche 16, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 50, Marasmus senilis 25, Cachexia 30.

— Tod durch Zufall 19, Selbstmord 3.

— Andere Ursachen 13.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 3 Іюля 1881. Buchdruckerei von Carl Böttger, Kaiserl. Hofbuchh., Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

ST. PETERSBURGER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg,

Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 28. St. Petersburg, 11. (23.) Juli. 1881.

Zur Lehre von der Urämie.

Vorläufige Mittheilung

von

Dr. N. P. Demjankow.

(Aus dem klinischen Laboratorium von Prof. S. P. Botkin).

Im Semester 1879—80 richtete Prof. Botkin seine Aufmerksamkeit auf einen urämischen Kranken, welcher beim Athmen einen stark ammoniakalischen Geruch verbreitete, bei deutlicher Ammoniakreaction der ausgeathmeten Luft. Indem Prof. Botkin unter Anderem auf die Theorie der Urämie von Frerichs hinwies, die in den letzten Jahren ungerechter Weise verlassen sei, und welche allerhöchster Wahrscheinlichkeit nach in einzelnen Fällen von Urämie Bedeutung habe, schlug er mir vor, mich mit Bearbeitung dieser Frage zu beschäftigen und wies auf die Nothwendigkeit hin, bei der experimentellen Untersuchung den nephrotomirten Thieren Harnstoff mit einem Ferment zusammen zu injiciren. Zu Anfang schlug ich bei meinen Untersuchungen denselben Weg ein, auf dem Frerichs und seine Nachfolger sich bewegt hatten, und erhielt natürlich entweder ganz negative oder aber unbestimmte Resultate. Es musste ein anderer Weg eingeschlagen werden. Nach Frerichs' Theorie geht der im Blute aufgesammelte Harnstoff unter dem Einflusse irgend eines Fermentes in kohlensaures Ammoniak über, welches dann die Veranlassung der Urämie sei. Ebenso ist es bekannt (Musculus, Compt. rend. 1874, Bd. 78 und Pflüger's Archiv 1876 Bd. XII.), dass eine minimale Quantität von Ferment, zu einer Harnstofflösung hinzugefügt, dieselbe schnell in Ammoniak überführt. Diese Eigenschaft des Harnstoffs im Auge behaltend, begann ich ins Blut nephrotomirter Hunde (in die V. femoralis) eine Lösung reinen Harnstoffs, Harnstoff mit Ferment (mit einer minimalen Quantität in Gährung übergegangenen Harns) und Ferment allein zu injiciren. Aber auch jetzt stiess ich zu Anfang auf eine Menge von Widersprüchen, indem ich die allerverschiedensten und wechselndsten Resultate erhielt. So wurden in einzelnen Fällen bei Injection von Harnstoff mit Ferment, Krämpfe, Erbrechen, Koma beobachtet, in anderen waren weder Krämpfe noch Erbrechen vorhanden, die Thiere (Hunde) waren nur apathisch, schlafsüchtiger als die Controlthiere, bei denen nur die Nieren entfernt waren, und in anderen Fällen wurden nach der Injection keinerlei besondere Erscheinungen beobachtet, obgleich die Urämie schneller als bei den Controlthieren eintrat, — mit einem Wort, es war absolut keine Gesetzmässigkeit in den beobachteten Symptomen vorhanden, obgleich immer offenbar sehr grosse Quantitäten gelösten Harnstoffs injicirt wurden (25—30 Grm. einem erwachsenen Hunde). Zuletzt gelang es mir zu einer Gesetzmässigkeit der Wirkung zu kommen, als ich, in Berücksichtigung dessen, dass nach Entfernung der Nieren die Urämie gewöhnlich am 3. Tage beginnt, in's Blut der nephrotomirten Thiere diejenige Quantität Harnstoff zu injiciren begann, welche dieselben im Harn während dreier Tage unter gewissen gleichmässigen Nahrungsbedingungen ausschieden. Indem ich in dieser Weise die mir vorgelegte Frage bearbeitete, gelangten wir zu folgenden Resultaten:

1) Wenn wir einem nephrotomirten Hunde die dreitägige Quantität reinen Harnstoffs, gelöst in 20—25 Cc. destillirten Wassers, injicirten, so erhielten wir in der Regel sofort nach der Injection keinerlei ausgeprägte Symptome, obgleich die urämischen Anfälle um 24 Stunden früher einsetzten, als bei den Controlthieren.

2) Wenn wir einem nephrotomirten Hunde die Quantität Harnstoff, die er in den letzten drei Tagen vor dem Versuche ausgeschieden hatte, in Verbindung mit Ferment injicirten, so erhielten wir die Symptome eines vollständigen urämischen Anfalls (Krämpfe, Erbrechen, stertoröses Athmen, Erweiterung der Pupillen und Koma) 20—40 Minuten nach der Injection; derselbe dauerte verschieden lange, von ½

bis 2 Stunden, und darauf crepirte das Thier entweder schnell, oder verblieb einige Stunden in komatösem Zustande.

3) Wenn wir blos Ferment ohne Harnstoff mit der gleichen Quantität Wasser injicirten, so beobachteten wir nicht nur keinerlei besonderen Symptome nach der Injection, sondern auch keine Beschleunigung der Urämie.

4) Das während eines Anfalles aus der A. carotis entnommene, und nach der Methode von Salkowsky untersuchte Blut, gab nicht immer die Gegenwart von Ammoniak zu erkennen, ebenso wie nicht immer in der Exspirationsluft Ammoniak zu finden war.

5) Das nach Beendigung eines urämischen Anfalles, vor dem Tode des Thieres entnommene Blut liess dagegen bedeutend häufiger die Gegenwart von Ammoniak erkennen, ebenso war selbiges auch häufiger in der Exspirationsluft nachzuweisen.

Ich halte es für nothwendig, diese Resultate zu veröffentlichen, doch enthalte ich mich der Schlussfolgerungen, bis ich meine Untersuchungen beendigt haben werde.

Ueber die Desinfection in Hospitälern.

Von

Dr. O. Petersen.

(Schluss).

II. Betrachten wir nun, was die russischen *Gesetze bezüglich der Desinfection* anordnen. Als Quellen dienten mir der XIII. Band der Gesetzsammlung (Ausgabe 1842) und die Verordnung für die Heilanstalten der Civil-Ressorts (Уставъ лечебныхъ заведеній гражданскаго вѣдомства, 4-ое изданіе 1879).

In der Gesetzsammlung (сводъ законовъ) ist kein besonderer Abschnitt über Desinfection vorhanden, die Hauptverfügungen darüber finden sich in der Beilage zum Artikel 914 und in der Verordnung für die Medicinalpolizei, in der Abtheilung über Quarantainen.

Ich erlaube mir die wenigen Punkte, die sich darauf beziehen, wie und was desinficirt werden soll, in extenso vorzuführen:

Beilage zu Artikel 914. Band XIII.

§ 42. Das Stroh aus den Bettkissen und Säcken ist alle 2 Monate zu wechseln, wenn nöthig auch häufiger, nach Anordnung des Arztes; das alte Stroh, sowie dasjenige aus den Säcken und Kissen der Genesenen, die an ansteckenden Krankheiten, wie fauligen Fiebern, Durchfällen etc. gelitten, desgleichen der Gestorbenen und in anderen Fällen — laut Befehl der Aerzte — *ist zu verbrennen*.

§ 43. Wo Haarmatrazen vorhanden, muss das Haar zerzupft werden und müssen sie 1 Mal jährlich gelüftet und getrocknet werden, zur Sommerzeit.

§ 44. Betten und Kleider müssen gelüftet werden.

§ 45. Das Bett und die Kleidung müssen nach dem Tode eines Kranken mit durch Salzsäure gesättigtes Gas (d. h. Chlor) durchräuchert werden.

§ 46. Nach Pest und Hundswuth muss Alles nach Möglichkeit verbrannt, und müssen die Metallgegenstände mit warmen Essig gewaschen werden.

In dem Abschnitt über die Krankenkleider ist für uns Folgendes von Wichtigkeit:

§ 102. Der Oeconom, der bei der Krankenaufnahme zugegen sein muss, hat dafür zu sorgen, dass die *Kleider gehörig gelüftet* und *die Wäsche gewaschen* würde.

§ 103. Die Kleider von mit ansteckenden Krankheiten Behafteten sind sofort unter Aufsicht des Oeconomen *mit Chlor zu durchräuchern*.

Etwas eingehender wird über Desinfection und die bestehenden Arten im Artikel über Quarantainen gesprochen und werden 4 Arten angegeben:

1) Räucherung der Sachen mit Chlor in einem besonderen Zimmer — 12 Stunden lang, darauf
2) Lüftung,
3) Abwaschung mit Chlorwasser,
4) Verbrennen, wo es möglich.

Die *Verordnungen für die Civilhospitäler* von 1879 enthalten schon einige genauere Hinweise auf die Art der Ausübung der Desinfection, obgleich sie im Princip auf der «Gesetzsammlung» beruhen.

Im § 123 ist bezüglich der Strohsäcke eine Anmerkung vorhanden, die besagt, dass auf Anordnung des Oberarztes das Stroh auch seltener (alle 2—3 Monate) gewechselt werden könne (wahrscheinlich aus Oeconomie und in Hinsicht der grossen Spitäler).

Im Artikel über die Krankenkleider heisst es:

§ 147 es wird bestimmt, dass die Winterschlafröcke bei allen Kranken alle 3 Monate gewechselt werden, die Decken 2 Mal im Monat und im Falle es nöthig, auch öfter (§ 148).

§ 168 weist auf die Nothwendigkeit hin, die Sachen der Verstorbenen vor dem Verkaufe zu desinficiren.

§ 169 bestimmt die Zahl der Wäscherinnen zu eine auf je 25 Kranken.

§ 170 verlangt, dass die Wäsche der infectiösen Kranken abgesondert gewaschen werde.

§§ 180—181 bestimmen die Art der Desinfection.

§ 180. Die Reinigung der Gegenstände durch Räucherung geschieht in folgender Weise: Die Kleider und Sachen werden in einem besonders dazu bestimmten Raume auf Stricken oder Stangen aufgehängt und zwar möglichst ausgebreitet, damit das Gas überall durchdringen kann. Auf die Diele wird ein Gefäss, in welchem man Gas entwickelt, aufgestellt, worauf alle Thüren und Fenster auf 24 Stunden fest verschlossen werden; nach Ablauf dieser Zeit werden Fenster und Thüren geöffnet, um das Gas entwickelnde Gemenge zu erneuern, worauf der Raum wiederum geschlossen wird (auf wie lange?) Nach der Räucherung werden die Gegenstände im Freien gelüftet.

§ 181. Die Gas entwickelnde Mischung wird aus der Apotheke auf ein Recept vom Arzt abgelassen. Um einen Cubikfaden Raum mit Chlor zu füllen, sind nöthig: 9 Solotnik Kochsalz, 6 Solotnik Kali hypermanganicum, $7^1/_2$ Solotnik Schwefelsäure und $7^1/_2$ Solotnik Wasser.

Betrachten wir die angeführten Gesetzesvorschriften, so ersehen wir, dass als Hauptmittel der Desinfection anerkannt werden: Chlor, Verbrennung und Lüftung.

Die Bedeutung des *Chlor* für die Desinficirung von Kleidungsstücken ist ins Schwanken gekommen. Die auf Initiative der Choleracommission von 1874 von Mehlhausen mit Chlor unternommenen Versuche erwiesen dasselbe als unzuverlässlich; als bestes Mittel wurde die durch Abbrennen von Schwefel erzeugte *schweflige Säure* anerkannt. Auf ihre Vorzüge hat noch im vergangenen Jahre, zur Zeit des Pestgespenstes, Pettenkofer aufmerksam gemacht und desgleichen in 2 vor Kurzem erschienenen Arbeiten Wernich, wie auch Schotte und Gärtner. Bei uns in Russland sind die Vorzüge derselben ebenfalls noch in jüngst verflossener Zeit von Erismann hervorgehoben worden, der Schwefelabbrennen mit sehr günstigem Erfolge bei Desinfection der Schlachtfelder und der Hospitalräume auf dem bulgarischen Kriegsschauplatz angewandt hat. Aeusserst interessant sind auch die Beobachtungen von A. Schtscherbakow, die anlässlich der Astrachaner Pestepidemie angestellt worden.

Die Quantität des nöthigen Schwefels hat Erismann auf 3 Pfd. pro 10 Cubikfaden bestimmt und dieses entspricht der Bestimmung von Schotte und Gärtner, die 28,6 Gr. pro 1 Cubikmeter verlangen. Dabei müssen wir noch an einen Umstand erinnern. Schon Nägeli und Schtscherbakow haben gezeigt, dass die der Reinigung von Mikro-

parasiten zu unterziehenden Gegenstände einen gewissen Grad von Feuchtigkeit besitzen müssen; Schotte und Gärtner's Versuche zeigten ebenfalls, dass vollständig trockene Gegenstände sogar nach Verbrennen von 92 Grm. pro Cubikmeter nicht von Mikrobacterien befreit wurden. Wernich meint, dass Sättigung der umgebenden Luft mit Wasserdämpfen genüge.

III. Gehen wir nun zu den *von mir vorzuschlagenden Mitteln zur Verbesserung des Desinfectionseinrichtungen* über.

Wir Alle wissen es nur zu gut, wie wenig die gegenwärtigen Verhältnisse unserer Hospitaleinrichtungen den zeitgemässen Forderungen der Wissenschaft entsprechen, wir wissen aber auch wieviel Schwierigkeiten sich dem Vorschlage zu Verbesserungen entgegenstellen. Das Hauptübel ist — der *Geldmangel* (hoffentlich wird dieses Uebel mit dem Uebergange der Hospitäler zur Stadt mit einem Schlage schwinden!). Daher haben wir bei jedem Projekt zu bedenken, dass dadurch keine neuen Ausgaben entstehen, sonst ist es ein todtgeborenes Kind! Ich gebe mich der Hoffnung hin, dass mein Programm als ein in den Rahmen unserer Mittel hineinpassendes anerkannt werden wird, es besteht in Folgendem:

I. Desinfection der Hospitalgebäude.

a) Die ansteckenden Kranken müssen nach Möglichkeit abgesondert werden, dazu sind besondere Abtheilungen nöthig: 1) für Typhuskranke, 2) Pocken, Scharlach, Masern und Diphtheritis, 3) Erysipelatöse und Gangraenöse.

Die Patienten der letzten Kategorie dürfen auf keinen Fall in der chirurgischen Abtheilung bleiben. Die Folgen des Mangels an Isolirung werden am Deutlichsten durch die von unserem verehrten Consultanten der Chirurgie, Dr. Laskowsky für 1879 zusammengestellten Notizen über Erysipel in unserer chirurgischen Abtheilung. Im Jahre 1879 wurde 97 Mal Erysipelas an 88 Kranken beobachtet, 71 Mal bei 65 Männern, 26 Mal bei 23 Weibern; es starben von diesen 10. Mit Erysipel traten von diesen 88 Kranken ein — 33, *im Hospital dagegen acquirirt wurde die Rose 64 Mal.* Diese Zahlen bedürfen wohl keiner Erläuterung! Im klinischen Hospital der medicinischen Akademie liegen die Erysipelkranke in einem Corridor, der zur chirurgischen Abtheilung führt.

b) Sobald in einer Abtheilung eine Erkrankung an sub a) erwähnten Krankheiten bemerkt wird, ist der betreffende Patient sofort in die infectiöse Abtheilung überzuführen, das Bett und die Kleidung aber unterliegen der Desinfection.

c) Die Infectionsabtheilungen müssen jeden Monat 6 Stunden lang mit Schwefel geräuchert werden, die übrigen Abtheilungen 1—2 Mal jährlich.

II. Desinfection der Kleidung und der Betten.

a) Hospitalgegenstände:

1) Alle *Matrazen*, *Schlafröcke*, *Decken* und *Wäsche* der Infectionsabtheilung müssen besondere Zeichen haben (aufgenähte verschiedenfarbige Zeugstücke oder Streifen). Wenn die Kleidungsstücke vom Kranken abgelegt werden, beim Austritt oder Tode, sind sie sofort in die Desinfectionskammer zu bringen.

2) Die *Strohsäcke* dürfen nicht länger als 3 Monate im Gebrauch bleiben, darauf wird das Stroh verbrannt, die Säcke desinficirt und gewaschen. Desgleichen nach jedem Todesfall.

3) Die *Haarmatrazen* müssen nach jedem Todesfall oder nach Austritt eines ansteckenden Kranken 6 Stunden lang desinficirt werden.

4) Die *Drahtmatrazen* sind in diesen Fällen mit 2%-iger Carbollösung zu waschen.

b) Sachen der Kranken:

1) Aus dem Empfangszimmer sind die Bündel mit Krankensachen in die Desinfectionskammer zu bringen, bevor sie in den Aufbewahrungsraum kommen.

2) Die Sachen der Verstorbenen, welche keine Anverwandte besitzen, sind, wenn ansteckende Krankheiten vorlagen, zu verbrennen, die Sachen der Uebrigen können nicht Anders als desinficirt den Angehörigen zurückgegeben werden.

III. Desinfectionsmethode.

In einem besonderen Raume müssen die Gegenstände in einer Höhe von 2 Metern ausgebreitet werden, worauf auf der Diele in mit Wasserglas überzogenen Pfannen in Schwefel getränkte Lappen aufrecht gestellt, angebrannt werden (zu 3 Pfd. Schwefel auf je 10 Cubikfaden), worauf der Raum auf 6 Stunden geschlossen wird. An der Lage ist ein nach aussen mündendes Rohr mit einer gut schliessenden Klappe anzubringen, um nach Beendigung der Desinfection zu ventiliren. Ferner muss für einen gewissen Feuchtigkeitsgrad der Luft durch Schalen mit heissem Wasser gesorgt sein.

Zu dieser Arbeit ist durchaus ein besonderer Diener anzustellen, der sich ausschliesslich mit den Desinfectionsarbeiten beschäftigt, unter Aufsicht eines der Aerzte. Was den Kostenpunkt betrifft, so vermehrt dieser Modus nicht die Ausgaben, im Gegentheil, es lässt sich eine bedeutende Oeconomie erzielen. Bisher wurde die Desinfection 2 Mal wöchentlich vorgenommen, wozu jedes Mal 1 Faden Holz bestimmt wurde. Rechnen wir den Faden pro 4 Rbl., so kosteten 104 Séancen — *416 Rbl.*, 1 Pfd. Schwefel kostet 6 Kop., folglich jede Séance Schwefelräucherung bei ca. 10 Cubikfaden Raum unserer Kammer — 18 Kop. und 104 Räucherungen 18 Rbl. 72 Kop. Desinficiren wir nun *täglich*, so macht das 64 Rbl. 10 Kop. im Jahr. Da jedoch der Raum im Winter geheizt werden muss, rechnen wir dazu Holz für ca. 30 Rbl., folglich:

Schwefel pro Jahr	65 Rbl.
Heizung	30 »
Gage für den Diener	130 »
	225 Rbl.

folglich kostet die Desinfection bei täglicher Anwendung statt 416 — nur 225 Rbl. — also haben wir eine Oeconomie von noch 191 Rbl.

Zum Schluss muss ich noch erwähnen, dass unsere gegenwärtige Kammer so wenig selbst bescheidenden Ansprüchen genügt, dass ein anderer Raum auf jeden Fall gesucht werden müsste.

In Betreff der übrigen Punkte meines Projectes sehe ich den Einwurf voraus «Infectionsabtheilungen können wir nicht einrichten aus Mangel an Raum in den Gebäuden». Aber so lange Alles beim Alten bleibt, wird sich auch die bedeutende Sterblichkeit in unserem Spital nicht verringern. Wenn man wenigstens die Gangraenösen, Erysipelatösen und Typhösen absondern könnte, würden wir bald durch Verringerung der Mortalität belohnt werden, d. h. durch die getroffenen Anordnungen würden so und soviel hundert tüchtige Arbeitskräfte dem Staate erhalten bleiben.

Nachschrift.

Wie vorauszusehen, wurde die Einrichtung von Infectionsabtheilungen für unmöglich befunden, dagegen die Desinficirung mit Schwefelräucherung eingeführt und auch ein besonderer Diener angestellt. Seit dem 1. Januar sind bereits über 4000 Bündel mit Krankenkleidung desinficirt worden, desgleichen eine Reihe von Krankenzimmern. Die Hospitalkleider und Decken etc. kommen jedoch noch wenig zur Desinfection, da es einerseits an der genügenden Reservequantität fehlt, andererseits das mangelhafte Begriffsvermögen der niederen Hospitalbedienung schwer zu überwindende Hindernisse bilden. Der in der Februarsitzung der Alexanderhospitalärzte gemachte Vorschlag, die Matrazen einer gründlichen Revision zu unterziehen, ging nicht durch, da erklärt wurde, es sei Aussicht vorhanden, dieselben theilweise durch neue Drahtmatrazen zu ersetzen. Ein anderes Local für die Desinfectionskammer ist nicht zu finden. Erysipel und Gangrän kommen seltener vor. Für den

Sommer steht Desinfection der Krankenräume und der Hospitalkleidung in grösserem Maassstabe in Aussicht. Das sind die vorläufigen Erfolge dieses Vortrages. Möge er dazu dienen, auch in anderen Hospitälern diese wichtige Frage in Anregung zu bringen.

Referate.

O. Brun: Ueber die Verwendbarkeit des Podophyllins und Podophyllotoxins in der Kinderheilkunde. (Arch. für Kinderheilk. Bd. II, Hft. 6 und 7. 1881.)

Während das Podophyllin und Podophyllotoxin in England, Frankreich etc. bereits ein grosses Ansehen geniessen, werden sie von deutschen Aerzten bisher wenig angewandt. Das Mittel wird gewonnen aus der Wurzel von Podophyllum peltatum. Nachdem Verf. in kurzen Worten Gewinnung und Geschichte des Medicaments besprochen, führt er zunächst 30 kurze Krankengeschichten an, in denen er bei Kindern von 1—13 Jahren das Podophyllin angewandt hat. Als Resultate dieser Versuchsreihe führt Verf. an:

In Dosen von 1—3 Cgrm. ruft das Mittel nach 4—9, oft erst nach 13—21 Stunden 1—3 flüssige oder breiige Stühle hervor, und bleiben die Stühle noch in den nächsten 2—4 Tagen breiig oder geformt weich. Die Dosis für Kinder unter 1 Jahr $^1/_2$—1 Cgrm., bis 5 Jahr 1 Cgrm., über 5 Jahre 2 Cgrm. Grössere Gaben (2—3 Cgrm.) rufen flüssige Stühle hervor, noch grössere Dosen von 5—10 Cgrm. bewirken Uebelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen etc. Schädliche Nebenwirkungen bei den erstangeführten Dosen keine oder nicht erhebliche.

Hauptsächlich bewährt sich das Mittel bei bestehender Stuhlverstopfung oder Neigung zu hartem Stuhl; gleichfalls gut scheint es bei Icterus catarrh. zu wirken. In 4 Fällen genügte eine einmalige, in 8 eine zweimalige, in 2 eine dreimalige, in 2 eine viermalige, in je 1 Fall eine fünf, sieben und neunmalige Gabe des Mittels.

Das Podophyllotoxin wird in bedeutend geringerer Dosis angewandt. Kindern unter 1 Jahr 1—2 Mgrm., bis 4 Jahren 2—4 Mgrm, für grössere 6—8 Mgrm. Die Wirkung ist dieselbe, nur ruft es noch seltener und geringere Beschwerden hervor als Podophyllin. Brechen oder Brechneigung hat Verf. in keinem Fall beobachtet. Die Vorzüge dieser vor anderen Abführmitteln:

1) Sie brauchen nur in kleiner, selten wiederholter Dosis verabfolgt zu werden.
2) Sie wirken leicht, ohne Nebenwirkung.
3) Bei längerer Anwendung wirken sie eher vortheilhaft als nachtheilig auf die Verdauung.
4) Sie hinterlassen keine Neigung zu nachträglicher Obstipation.

Da sie als Laxantien oft erst nach langer, jedenfalls unbestimmter Zeit wirken, räth Verf. sie anzuwenden:

1) Als Laxat. nur in Fällen, wo es nicht darauf ankommt in kürzester Zeit flüssige Stühle zu erzielen.
2) Als vorzügliches Mittel bei Stuhlverhaltung und Neigung zu hartem Stuhl.
3) Zu versuchen bei Icterus catarrh. Hlm.

A. Fedorow: Ein Fall von Hermaphroditismus. (Medicinischer Rechenschaftsbericht des Moskauer Findelhauses für 1879).

Nach einer Kritik der bisher in der Literatur veröffentlichten Fälle kommt Verf. zum Schluss, dass Hermaphroditismus lateralis beim Menschen noch nicht nachgewiesen worden ist, und dass von den möglichen Arten des Hermaphroditismus transversus nur diejenige beobachtet sein dürfte, wo die Hoden (männlich) vorhanden waren und blos die äusseren Genitalien sich mehr oder weniger dem weiblichen Typus näherten. In solchen Fällen ist nach den samenbereitenden Drüsen, welche doch wol maassgebend sein müssen, das Geschlecht stets als männlich zu bestimmen. F. glaubt, dass wenn man jetzt weiteres Material sammeln, und dasselbe auch mikroskopisch untersuchen wird, sich die Fälle von Hermaphroditismus immer mehr auf einfache Missgestaltung der Organe und nur *scheinbaren* Hermaphroditismus werden zurückführen lassen, und dass *wirkliches* Zusammenvorkommen von Theilen der männlichen und der weiblichen Genitalapparate kaum wird beobachtet werden. Für diese Ansicht spricht der von F. im Moskauer Findelhause beobachtete und secirte Fall: Von aussen ein rudimentärer Penis und dahinter die grossen Schamlippen, zwischen welche die Urethra und die scheinbare Vagina mündeten, an die sich ein anscheinend wohlgestalteter Uterus anschloss. Von den oberen Winkeln desselben gingen zwei an die Tuben erinnernde Stränge aus, in welchen sich jedoch kein deutliches Lumen auffinden liess; zwei darunter liegende strangartige Verdickungen erinnerten an die Ligg. ovarii. In den Ligg. lata lagen 2 runde Körper, von denen der rechte zum Leistenkanal herab gestiegen war. Die mikroscopische Untersuchung dieser scheinbaren Ovarien ergab wohlcharacterisirtes Hodengewebe und ebenso zeigte der scheinbare Uterus deutlich das Gewebe der Prostata. Die Verdickungen erwiesen sich als Nebenhoden, die beiden Stränge als die Vasa deferentia. Samenbläschen und Ductus ejaculatorii waren nicht aufzufinden. So wies sich der makroskopische Hermaphrodit als durchweg dem männlichen Geschlechte angehörig aus und kann der Fall daher nur als hochgradigste Hypospadie mit mangelndem Descensus testiculorum angesehen werden. D—o.

Nikolai Filatow: Ueber benzoësaures Natron bei Diphtheritis. (Arch. für Kinderheilkunde. Bd II, Hft. 6 und 7. 1881.)

In einem in der Moskauer med. Gesellschaft gehaltenen Vortrag giebt Dr. Bogasz an, dass er von 121 Pat., bei denen er Natr. benz. innerlich als Mixtur und äusserlich als Inhalation angewandt, keinen einzigen verloren habe. Wenn ferner Dr. Ostroumow auch die Wirkung des Salzes gegen septische Formen der Diphth. bezweifelt, behauptet er doch, dass das Salz die weitere Ausbreitung der Diphth. aufzuhalten vermöge.

Verf. ist bei seinen Versuchen zu anderen Resultaten gekommen. Von 14 Pat. genasen 4 unter gewöhnlicher Behandlung (Kali chlor. oder Acid. carbol. mit Chinin verbunden). Von den 10 mit Natr. benz. behandelten litten 7 an idiopath., 3 an Scharlachdiphtheritis. Von ersteren starben 5, von letzteren 1, also 6 Todesfälle auf 10 Erkrankungen (= 60 %). Zu diesen kommen noch 2 Pat. aus der Privatpraxis, von denen 1 an idiopath., 1 an Scharlachdiphtheritis litt, sie genasen beide. 2 Fälle von den an idiop. Diphther. Leidenden starben 2—3 Stunden nach Aufnahme in's Hospital. Nachdem Verf. kurz die Krankengeschichten angeführt, kommt er zu folgenden Schlüssen:

Das Natr. benz. kann nicht als specifisches Mittel gegen Diphth. gelten, da es die sept. Blutvergiftung nicht verhütet, und in leichteren Fällen dem Weiterschreiten des Processes nicht entgegenwirkt. Die Ablösung der Membranen kommt nicht rascher zu Stande als bei sonstiger Behandlung; endlich ist die antipyr. Wirkung des Mittels undeutlich ausgesprochen und nicht constant.

Andererseits wird das Natr. benz. vom Verdauungstractus gut vertragen und zeigt keine deutliche schädliche Wirkung auf das Herz. Verabfolgt wurde das Mittel im Alter von 1—2 Jahren zu ʒj pro die, auf jedes Lebensalter das Mittel um ʒj erhöht, so dass z. B. ein 4 jähriges Kind ʒjj, ein 10 jähriges ℥β pro die bekam. (Die Angaben in der Originalarbeit sind leider höchst ungenau, wie aus Vorhergehendem ersichtlich. Ref.). Zu Inhalationen wurde verwandt eine Lösung von ʒj: aq. ℥j. Hlm.

Johann Mikulicz: Eine neue osteoplastische Resectionsmethode am Fusse. (Arch. für klin. Chirurgie. Bd. XXVI. Heft 2.)

Für Fälle, in denen weitgehende Zerstörungen in Weichtheilen oder Knochen an der Ferse eine conservirende Behandlung nicht mehr erlauben, wo also zur Amputation im Unterschenkel geschritten werden müsste, hat M. ein Verfahren erdacht, das noch möglichst viel conservirt und einen brauchbaren Stumpf zu geben verspricht. In einem Falle hat er sein Verfahren mit sehr günstigem Ergebniss in Anwendung gebracht. Es handelte sich um einen Patienten, dem durch serpiginöse Geschwüre die Weichtheile an der hinteren und unteren Seite der Ferse von den Malleolen bis zur Linie von der Tuberositas metatarsi V zur Tuberositas ossis navicular. zerstört waren. Anstatt der Amputatio cruris, die recht hoch hätte gemacht werden müssen wegen schwieliger Entartung der Weichtheile, entschloss sich M. zu folgendem Vorgehen: Er machte einen Schnitt bis auf die Knochen von der Tuberositas metatarsi V über die Planta pedis weg zur Tuberositas ossis navicular., von den Endpunkten dieses Schnittes legte er zwei neue zu den Malleolen schräg hinauf und verband nun deren Enden über die Rückseite des Unterschenkels hin, indem er überall bis auf den Knochen eindrang. Dann wurden Talus und Calcaneus exstirpirt, Tibia und Fibula einerseits, Os naviculare und cuboideum andererseits durchsägt senkrecht zur Längsaxe der Gliedmaasse, welcher sie angehören. Auf diese Weise ist aus der Verbindung von Unterschenkel und Fuss ein annähernd cubisches Stück entfernt und der Vorderfuss hängt nur noch durch die am dorsum pedis 3—4 Finger breit gelassene Brücke von Weichtheilen mit dem Unterschenkel zusammen. Nun werden die beiden Sägeflächen einander adaptirt und Nähte angelegt. Dadurch ist der Fuss in die äusserste Spitzfussstellung gebracht. Pat. geht auf den Köpfchen der 2.—3. ersten Metatarsalknochen, die Zehen, rechtwinkelig zur Planta pedis gestellt, berühren den Boden und helfen auf den Köpfchen balanciren. In dem von M. operirten Falle musste noch die subcutane Tenotomie an der Fusssohle gemacht werden, weil die Zehen sich nicht so weit wie nöthig extendiren liessen. Der Fuss war durch die Operation $1^1/_2$ Ctm. länger geworden als der gesunde, bot aber eine sehr gute Stütze. Der Vorderfuss von der Sägefläche durch Naviculare und Cuboideum bis zu den Metatarsalköpfchen ist als lebender Stelzfuss unter die Sägefläche von Tibia und Fibula gestellt. T.

Voltolini: Operation eines Cystenkropfes. (Breslauer ärztl. Ztschrft. № 7. 1881.)

Ein 23-jähr. Mädchen litt seit dem 10. Jahr an einem Kropf, welcher die Grösse einer Faust erlangt hatte, so dass die Geschwulst vom Sternum bis zum Kinn reichte, sie fühlte sich steinhart an, zeigte keine Fluctuation. Eine Probepunction entleerte eine dickliche, chocoladenfarbige Flüssigkeit. Die Cyste wurde mit dem Troikar punctirt, dabei etwa 1 Bierglas Flüss. entleert, die zum grössten

Theil aus Eiweiss bestand. Cystensack sehr derb; nach der Punction sank die linke Partie der Geschwulst, in die der Stich gemacht worden, fast ganz zusammen, rechts sehr viel weniger (also wahrscheinlich multiloculär). Einspritzung von Spir. mit etwas Lugol'scher Lösung, die Flüss. dann nach einigen Minuten entfernt, Stichöffnung mit Heftpflaster verklebt, und Pat. entlassen. Nach Wochen war die Geschwulst fast ebenso gross wie früher. Jetzt Punction rechts, Ausspülen mit warmem Wasser und Einspritzen von reiner Lugol'scher Lösung (℥jj). Nachdem die Flüss. wieder entfernt und die Stichöffnung geschlossen worden, trat am Abend gewaltige Reaction ein, der ganze Hals war geschwollen, livid, hohes Fieber (41°), Unvermögen zu schlingen, Athmen schwer. Am andern Morgen heftige Blutung aus der Stichöffnung. Die Oeffnung wird durch einen Schnitt erweitert, es entleert sich aashaft stinkende Jauche untermischt mit Blut und Luftblasen. Nach warmen Umschlägen verzog sich die Schwellung allmählig, doch liess der Abfluss der Jauche erst in Folge Drainirung der Geschwulst, durch die Oeffnung rechts und durch eine neugemachte links, nach. Pat. auf's Neue entlassen, kehrte nach mehreren Wochen wieder. Geschwulst ganz geschwunden, nur der Drainkanal offen, in dem die Röhre lag. Der Kanal wird auf der Hohlsonde geschlitzt und nun verheilte die Wunde schnell, ohne erhebliche Narbe zu hinterlassen. Desinficirende Verbände hat Verf. nicht angewandt, da er dieselben in der Privatpraxis für unnütze Quälerei des Pat. und des Arztes und für Spielerei (!) hält.

Die Luftblasen führt Verf. auf eine Verletzung der Luftröhre bei der Operation zurück. Die Haut des Halses ist sehr schwer zu durchstechen, da sie leicht nachgiebt, in Folge dessen will Verf. zunächst in Zukunft mit dem Messer einen kleinen Schnitt durch die Haut führen und dann erst zum Troikar greifen. Hlm.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Zur Aetiologie der Infectionskrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Pilztheorie. München 1881. Jos. Finsterlin. 198 S. gr. 8°.

Unter diesem Titel ist eine Sammlung von 7 Vorträgen erschienen, welche im vergangenen Jahr im ärztlichen Verein zu München gehalten worden sind. Dieselben stehen in sofern in einem innerlichen Zusammenhange, als sie sämmtlich die Frage nach der ursächlichen Bedeutung der Pilze für allerlei pathologische Vorgänge im organischen Leben der Natur behandeln; nur ist diese Frage — und das verleiht dem Buch ein besonderes Interesse — in einem viel weiteren Sinne gefasst und von einem höheren Standpunkte aus zu beantworten versucht worden, als wir das sonst in unserer, speciell das menschliche Kranksein betreffenden Wissenschaft gewohnt sind. Hier ist die ganze Natur in den Bereich der Beobachtung herein gezogen, und das, was bisher an Pilzkrankheiten des Pflanzen- und Thierreiches bekannt geworden, von Naturforschern beschrieben, die nicht Mediciner sind. So behandelt Prof. Hartig (Botaniker) im ersten Vortrage die durch Pilze bedingten Pflanzenkrankheiten, Prof. Bollinger (Zoologe) im zweiten Vortrage die Pilzkrankheiten niederer und höherer Thiere, unter welchen die bequem zu beobachtenden, und aber auch genau erkannten parasitären, epidemischen Erkrankungen der Seidenraupe (Prebrine, Schlaffsucht und Muscardine) und der Stubenfliege (Empusa) einer eingehenderen Beschreibung gewürdigt werden. Wir vernehmen hier von Männern, die nicht gewohnt sind in den ausgetretenen Bahnen unserer medicinischen Speculation zu wandeln und daher gewiss vorurtheilsfrei ans Werk gehen, Beschreibungen von Pflanzen- und Thierepidemien, die uns durch ihre auf Schritt und Tritt wahrnehmbaren Analogien mit der Aetiologie, Verbreitungsweise und Prophylaxe der menschlichen Infectionskrankheiten in Erstaunen setzen. Analogien können freilich Nichts beweisen, aber dass dieselben wohl fähig sind wenigstens unsere subjective Ueberzeugung zu beeinflussen, das fühlt man beim Lesen dieser Vorträge, welche ganz dazu angethan sind, die «Pilztheorie» in der Aetiologie der Infectionskrankheiten zu stützen.

In dritten Vortrag bespricht Hans Buchner die Wirkungen der Spaltpilze im lebenden Körper, womit der Uebergang zu den physiologisch-pathologischen Forschungen im engern Gebiet der Medicin gegeben ist. Folgende Andeutungen des Inhaltes mögen hier ihren Platz finden: Das durch specifische Spaltpilze specifische Krankheiten bewirkt werden, ist an den Septikämie- und Milzbrandpilzen bewiesen worden. Und dass zwar die Pilze als solche, und nicht die durch dieselben bewirkten Zersetzungsproducte die Ursache der Krankheit bilden, ist dadurch festgestellt, dass wenn man den Pilz durch fractionirte Züchtung von dem möglicher Weise ihm anhaftenden Krankheitsstoff, in dem er sich ursprünglich entwickelte, ganz reinigt, dennoch durch denselben die specifische Krankheit hervorgerufen werden kann. B. hat mit der 36. Züchtungsgeneration noch Milzbrand erzeugt und es ergiebt sich daraus mit Gewissheit, dass die Milzbrandbacterien an und für sich es sind, welche als alleinige und ausreichende Ursache des Milzbrandes betrachtet werden müssen. Ferner hat B. nachgewiesen, dass die Milzbrandbacterien bei fortgesetzter fractionirter Züchtung allmählig degeneriren, ihre Schädlichkeit einbüssen, und zuletzt zu Bacterien werden, welche sich in Nichts von den Bacterien des Heuinfuses unterscheiden. Ebenso hat B. andererseits dadurch, dass er Heubacterien in Eiweisslösungen und dann in arteriellem, nicht inficirtem Blut züchtete, aus ihnen Milzbrandbacterien gemacht, welche, in die Blutbahn gesunder Thiere gebracht, Milzbrand hervorriefen. Diese Thatsache giebt einen zweiten Beweis, dass ein specifischer Pilz an und für sich, ohne anhaftenden «Krankheitsstoff» specifische Erkrankung bewirken kann. Aus der Thatsache, dass Heubacterien, welche im Allgemeinen gegen thermische, physikalische und chemische Einwirkungen viel widerstandsfähiger sind als Milzbrandbacterien, im Thierkörper nicht fortkommen, ergiebt sich, dass abgesehen von der Natur des Pilzes an sich, auch die physiologischen Eigenschaften der thierischen Gewebe für das Fortkommen eines eingewanderten Pilzes entscheidend sind. B. stellt sogar weiterhin die Hypothese auf, dass verschiedene Organe des Körpers eine verschiedene Empfänglichkeit für die Wirkungen der pathogenen Pilze besitzen und erklärt daraus die Krankheitslocalisationen (z. B. bei den acuten Exanthemen). Auch für die Enstehung der Immunität nach einer überstandenen Infectionskrankheit leitet B. hieraus eine hübsche, hier nicht näher wiederzugebende Erklärung ab, welche an den Wirkungen der Vaccina gegen Pocken erläutert wird.

An diesen Vortrag schliesst sich inhaltlich der von Soyka an, welcher eine historische Zusammenstellung der neueren Forschungen und Anschauungen über die Natur und Verbreitungsweise der Infectionserreger giebt.

In dieser selben Frage, so weit sie sich auf den Abdominaltyphus bezieht, hat Port (5. Vortrag der Sammlung) seinen und seines Lehrers Pettenkofer's Standpunkt in lebendiger Sprache, geschildert. Da derselbe sich in vielen Punkten zu den bisher gangbaren Anschauungen in Gegensatz stellt, so dürfte es sich lohnen, die Resultate, zu welchen Port bei seinen Forschungen gelangt, hier zu citiren. P. stellt folgende Sätze auf:

1. Typhus ist eine in strenger Abhängigkeit vom Boden stehende Krankheit, die auf siechhaftem (d. h. zur Entwickelung von Typhusepidemien geeignetem Boden) sowohl originär als durch Einschleppung zum Ausbruch kommen kann, auf siechfreiem Boden dagegen nicht verschleppbar ist.
2. Selbst auf siechhaftem Boden erkranken nicht alle Menschen; es ist zur Erkrankung vielmehr eine gewisse Disposition des Körpers erforderlich.
3. Undurchgängiger Boden ist dauernd siechfrei, poröser Boden wird hauptsächlich durch ungewöhnliche Austrocknung vorübergehend siechhaft.
4. Die schädlichen Stoffe, die sich im Boden bilden, werden nicht durch das Trinkwasser, sondern durch die dem Boden entströmende Luft dem Menschen zugeführt.
5. Durch die Ausdünstungen der Abtritte wird die Krankheit nicht verbreitet.
6. Da es nicht in unserer Macht steht, die Verschleppung der Krankheitsstoffe auf Gesunde mit Sicherheit zu verhüten oder die einmal vorhandene Disposition der Menschen zu ändern, so bleibt als Angriffspunkt für die Prophylaxis im Grossen nichts übrig, als eine geeignete Behandlung des Bodens.

P. schliesst sich der Nägeli'schen Hypothese an, nach welcher zur Erkrankung an Typhus nicht blos eine Infection mit dem specifischen Contagienpilze, sondern auch eine Prädisposition des erkrankenden Menschen nöthig ist.

Diese Prädisposition nun soll durch miasmatische Einflüsse (Pilze) hervorgerufen werden, welche sich im siechhaften Boden entwickeln, und aus dem Boden in die Luft der Wohnräume aufsteigen. Ohne eine vorhergegangene Infection mit diesen zum Typhus prädisponirenden Pilzen soll eine Ansteckung mit dem Typhus selbst nicht möglich sein. P. will nun durch Absperrung der Wohnräume vom Boden und dessen Ausdünstungen vermittelst Lehmbedeckung der Kellersohlen und Asphaltirung derselben die Miasmapilze, welche die Prädisposition bewirken, vom Eindringen in die Wohnungsluft abhalten, und dadurch also die Entstehung der Prädisposition zum Typhus verhüten. Es lässt sich nicht leugnen, dass die Nägeli'sche Annahme einer doppelten Infectionsursache höchst geistreich ist und am ehesten die einander widersprechenden Thatsachen, welche theils für die Contagiosität, theil für die miasmatische Verbreitungsweise des Abdominaltyphus sprechen, mit eineinander in Einklang zu bringen vermöchte; wenn P. dagegen eine Infection durch Trinkwasser oder durch die Ausdünstungen der Abtritte trotz ausgedehnter diesbezüglicher Nachforschungen nicht beobachtet hat, und auch nach den bisherigen Literaturangaben nicht zugeben zu müssen glaubt, so stimmt er hierbei zwar mit Pettenkofer überein, stellt sich aber in Gegensatz zu den meisten anderen Pathologen.

Schliesslich hätten wir noch 2 kürzere, zur Sammlung gehörige, Vorträge zu erwähnen, nämlich von Bezold über Otomycosis (referirt in № 13 unserer Wochenschrift) und von Adolph Weil über die Pilze der Zahnkrankheiten.

Die zweite Hälfte dieser Sammlung, in der unter anderen auch Vorträge von Pettenkofer und Ziemssen erscheinen werden, verspricht ebenso viel Interessantes zu bringen wie der uns vorliegende Theil. D—o.

Russische medicinische Literatur.

№ 164. Wratsch. № 27.

Inhalt: a) N. Stukowenkow: Ueber unblutige Operationen mittelst Ligaturen.

b) J. Margolin: Die antiseptische Wundbehandlung in der Klinik des Prof. Billroth.
c) W. Lukomski: Ueber die parasitären Pilze bei der Diphtheritis.
d) J. Medwedew: Behandlung der Corpulenz mit Fastenspeisen.
e) W. Drosdow: Therapeutische Bedeutung der Mineralwässer von Shelesnowodsk. (Schluss).
f) J. Medwedew: Eine bemerkenswerthe Missbildung.
g) J. Lewizki: Ueber die Anwendung von Massage zur Abtreibung der Bandwürmer.

№ 165. **Wratschebnija Wedomosti. № 25.**
Inhalt: a) Aerzteverbände und Ehrengerichte.
b) H. Rodsewitsch: Ein Fall von Tumor cerebri.

№ 166. **Anzeiger der Mineralbäder von Staraja-Russa № 8.**
Inhalt: a) Ueber das kalte Bad im Salzsee von Staraja Russa.
b) Der Schlamm von Staraja Russa. (Forts.)

№ 167. A. Bobrow: Ueber den Mechanismus der Schussfracturen der grossen Röhrenknochen. Doctor-Dissert. Moskau 1880.

№ 168. S. Warschawski: Ueber Hygrome des Kniegelenks. Doctor-Dissert. Kaluga 1880.

№ 169. A. Golowatschew: Materialien zur Erforschung des Processes der Magenverdauung. Doct.-Diss. Moskau 1880.

№ 170. M. Wosnessenski: Materialien zur Pharmakologie des benzoesauren Natrons. Doctor-Dissert. Moskau 1881.

№ 171. G. Ljubimow: Ueber die Kopfbeschädigungen bei Neugeborenen in gerichtlich-medicinischer Hinsicht. Doct.-Diss. Moskau 1881.

№ 172. P. Schiräjew: Ueber die Gefässveränderungen der Placenta und des Nabelstranges von syphilitischen Wöchnerinnen. Doctor-Dissert. Moskau 1881.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Syphilis und Tabes dorsalis von Dr. A. Reumont. — J. A. Mayer. — Aachen 1881.

— Paris médical № 26.

— Die Augen der Medicin-Studirenden von Prof. Herm. Cohn. (Sep.-Abdr. aus d. Medicin. Jahrbüchern. 1881).

— Ueber die schnellste, einfachste und zuverlässigste Methode zur Entdeckung der Farbenblindheit von Prof. H. Cohn. (Sep.-Abdr. aus d. Berl. klin. Wochenschrift. 1881 № 19).

— Beiträge zur gerichtlichen Medicin von Prof. H. Friedberg. V. Tod in Folge von acuter Phosphorvergiftung. — Leichenuntersuchung 3 Monate nach der Beerdigung. (Sep.-Abdr. aus Virchow's Archiv. Bd. 83, 1881).

Protokolle des Allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 24. März 1881.

Anknüpfend an die, in der Sitzung vom 10. März gemachte Mittheilung, berichtet Dr. Kernig, dass der ursprünglich an Influenza, darauf an Nephritis erkrankte College am 13. März ganz plötzlich und unerwartet gestorben ist. Ref. kommt daher nochmals auf die im vorigen Protokoll gegebene Krankengeschichte zurück, um nun auf den Verlauf der Nephritis, deren dort nur kurz erwähnt wurde, näher einzugehen. Die Nephritis war wie schon damals gesagt wurde, und wie es sich bei der Section evident herausstellte eine leichte, eine sogenannte superficielle oder catarrhalische. Nachdem am 19. Febr., am 25. Tage seit Beginn der Grippe zum ersten Mal mässiges Oedem der Füsse und der Unterschenkel beobachtet worden, wurde am 20. Febr. ein sehr mässiger Eiweissgehalt des Urins constatirt, und fanden sich im Harnsediment reichliche Nierenepithelien und vereinzelte Epithelcylinder. Vom 20. Febr. bis zum 2. März verlief die Nephritis, mit Ausnahme einer am 24. Febr. beobachteten Temperatursteigerung, Abends bis auf 38,6°, fieberlos. Die in 24 Stunden gelieferten Harnquantitäten waren, nachdem Pat. sofort ins Bett gelegt, und auf Milchdiät gesetzt worden war, durchschnittlich sehr erhebliche. Schon am 21. März betrug das Harnquantum 2300 Ccm., womit die Oedeme vollkommen geschwunden waren. Die in den nächsten 7 Tagen gemessenen Harnquantitäten waren succesive: 1600, 1540, 1240, 1250, 750, 1270, 1000. An allen diesen Tagen war der Eiweissgehalt des Urins ein sehr unbedeutender. Nachdem sich Pat. am 1. März einer schweren Erkältungsursache ausgesetzt hatte — er war früh Morgens wegen Rauch im Zimmer unangekleidet aus dem Bett gesprungen und hatte bei Winterkälte das Klappfenster geöffnet — trat eine wesentliche Verschlimmerung in seinem Zustande ein. Zunächst erfolgte am 1. und 2. März je ein Anfall von Angina pectoris, und am 3. März wurde bei hohem Fieber (39,9°) ein starker Eiweissgehalt des Urins (¹/₄ a. Vol.) gefunden. Harnquantitäten am 1. und 2. März 600 und 750 Ccm., am 3. März trotz des hohen Fiebers 1120. In wenigen Tagen milderten sich diese Erscheinungen wieder; das Fieber sank schon am 4. März auf 37,9°, stieg zum Abend zwar noch einmal auf 39,1°, wonach Pat. bis zum 10. März Morgens normale Temperaturen, Abends Temperatursteigerungen bis auf 38° und Etwas zeigte. Vom 10. bis 12. März gar kein Fieber. Ebenso ging nach dem 3. März der bedeutende Eiweissgehalt des Urins sehr schnell zurück. Eine vom Apotheker A. Poehl gemachte, den vom 7. März stammenden Urin betreffende Analyse ergab: Normale Reaction, spec. Gewicht 1013, Spuren von Eiweiss und geringe Mengen von Blut. Bei der spectroskopischen Untersuchung zeigte sich das Haemoglobin zum Theil in Methaemoglobin umgewandelt.

Die mikroskopische Untersuchung ergab zwischen den rothen Blutkörperchen Mikrocythen, anderweitige morphologische Elemente wurden nicht gefunden. Das Sediment bestand vorzugsweise aus Schleim. Ausser in der vom Apotheker Poehl untersuchten Harnprobe konnte Blut im Urin vom Referenten nur einige wenige Male constatirt werden. Die täglichen Urinquanta vom 4.—12. März betrugen: 950, 1000, 1000, 880, 860, 800, 930, 1050 und 1350. Im Uebrigen bot Pat. im Verlaufe der Nephritis die bereits seit Beginn der Grippe fortdauernde geringe Vergrösserung der Leber und Milz dar, und wurde ausserdem noch eine geringe Dilatation des Herzens wiederholt constatirt. Der Herzstoss war niemals fühlbar, die Herzdämpfung im 5. Intercostalraum nach links um ein Fingerbreit über die linke Mammellarlinie vergrössert, ebenso nach rechts um ein Fingerbreit über den rechten Sternalrand. Die Herztöne waren immer vollkommen rein und regelmässig, durchaus nicht auffallend leise. Die Pulsfrequenz, die vom 21. Febr. bis zum 12. März täglich mit Ausnahme des 24., 26. und 28. Febr. notirt wurde, und die im Hinblick auf den ganz plötzlich erfolgten Tod des Pat. und den nachfolgenden Sectionsbefund von hohem Interesse ist, betrug successive: 72, 72, 72, 72, 72, 76, 90, 112 (am 3. März bei T. 39,9°), 90, 90, 84, 90, 82, 84, 82, 80. Kein einziges Mal wurde am Pulse auch nur die geringste Irregularität beobachtet. Am 12. März sah Ref. den Kranken zum letzten Mal zusammen mit Dr. Herrmann, der seit dem 3. März hinzugezogen worden war. Das Befinden des Kranken war ein vollkommen befriedigendes, kein Fieber, Puls 80, Harnquantum 1350, Eiweissgehalt nahezu 0. Es wurde dem Kranken gestattet, das Bett, das er nun 3 Wochen gehütet hatte, zu verlassen. Am 13. März, nachdem Pat. sich den Morgen über ausnehmend wohl gefühlt hatte, war er gegen ¹/₂12 Uhr Mittags in einem Lehnstuhl sitzend und die Zeitung lesend, ganz ruhig verschieden. Die am Abend des 13. März von Dr. Albrecht vorgenommene Section ergab kurz Folgendes: Hochgradiges Oedem der Pia mater, mässige Vergrösserung des Herzens, geringe Hypertrophie des rechten und geringe Dilatation des linken Ventrikels, Klappenapparat normal. Myocardium in mässigem Grade fettig degenerirt, glänzend, die Coronararterien atheromatös, in der Aorta Spuren von Atherom. Ausserdem fand sich ein in die Fläche ausgedehnter, ziemlich weit verbreiteter frischer myocarditischer Herd, derselbe nahm einen erheblichen Theil des Septums näher zur Spitze zu, und einen Theil der vorderen Wand des linken Ventrikels ein. Der Dicke nach machte er die Hälfte der Herzwand aus, seine äussere Zone war hochgradig blutig verfärbt, seine innere Zone gelblich, machte ganz den Eindruck einer eitrigen Infiltration des Myocardiums, reichte bis dicht an das Endocardium ohne dieses zu perforiren, zeigte auch in sich selbst nirgends eitrigen Zerfall. Die von Dr. Albrecht vorgenommene mikroskopische Untersuchung ergab nur eine Durchsetzung des Myocards mit Eiterkörperchen, die blutig tingirte Zone des Herdes liess Extravasation von Blutkörperchen erkennen. Beide Lungen waren leicht emphysematös, Leber hyperämisch, etwas vergrössert, die Milz mässig vergrössert zeigte alle Kennzeichen einer frischen, aber schon rückgängigen Schwellung. Die Nieren zeigten sich kaum vergrössert, stark hyperämisch mit leichter parenchymatöser Degeneration der Corticalis. Die mikroskopische Untersuchung der Nieren zeigte, dass das interstitielle Gewebe ganz intact war, nur Schwellung und körnige Trübung der Epithelien deutlich nachweisbar. Nach obigem Sectionsbefunde führt Ref. den Tod auf plötzlich eingetretene Herzschwäche zurück. Interressant ist, dass während des Lebens, wie aus den obigen Daten ersichtlich, nichts auf die Existenz eines myocarditischen Herdes hinwies. Das von Rühle für Myocarditis angegebene Symptom der Irregularität des Pulses fehlte im vorliegenden Falle volkommen. Was schliesslich die unseren Fall so interessant machende frische Nephritis anbelangt, so ist die Beantwortung der Frage, wie weit dieselbe von der Grippe, oder von der vom Pat. im December 1879 bei Gelegenheit einer gynäkologischen Untersuchung acquirirten Syphilis (im Laufe des Jahres 1880 hat Pat. mehrfache energische Quecksilbercuren durchgemacht) abhängig zu machen ist, nicht leicht. Bekanntlich kommt es während des Verlaufes der Syphilis zuweilen zu Erkrankungen der Nieren und zwar nicht nur zur chronischen Nephritis und der amyloiden Degeneration, sondern auch zu acuter Nephritis. E. Wagner hat noch ganz vor kurzem diese Frage zur Sprache gebracht und unter einigen 60 Fällen von Syphilis, wo neben derselben sich verschiedene Formen von Nephritis fanden, zählt er 8 Fälle von acuter Nephritis auf. Ob diese letzteren nun als directe Folge der Syphilis, oder vielleicht ganz unabhängig von dieser enstanden zu denken sind, lässt Wagner unbeantwortet. In allen den 8 von Wagner mitgetheilten Fällen von Syphilis mit acuter Nephritis fanden sich directe Anzeichen von frischer oder inveterirter Syphilis — im vorliegenden Falle des Ref. wurden letztere vollkommen vermisst. Während der letzten Lebensmonate bot der Kranke kein einziges Symptom von Syphilis dar, selbst Drüsenschwellungen, wonach mehrfach geforscht wurde, fehlten vollkom-

men. Ebenso wenig wie im Leben konnten bei der Obduction direct für Syphilis sprechende Veränderungen constatirt werden. Ref. lässt somit die Frage nach der Aetiologie der Nephritis im vorliegenden Falle offen, weist aber auf die Möglichkeit hin, dass im Verlaufe der Influenza analog wie bei anderen Infectionskrankheiten es zu acuter Nephritis kommen kann. Zum Schluss führt Dr. Kernig noch an, dass weder Biermer noch Zuelzer in ihren ausführlichen Arbeiten über Influenza der Nephritis erwähnen.

Dr. Petersen stellt folgenden Fall von Missbildung der oberen Extremitäten vor. Patient 30 Jahre alt, stammt aus dem Gouvernement Archangel, beide Eltern gesund, desgleichen 7 lebende Geschwister. Wegen einer Fractur des linken Oberarm's wurde Patient in's Alexanderhospital aufgenommen, jetzt Fractur geheilt. Pat. ist gut genährt, spricht mit auffallend hoher Stimme, beide Hoden vorhanden, haben jedoch nur 1/3 der normalen Grösse. — Am rechten Arm fehlen der Daumen und der erste und fünfte Metacarpalknochen. Der kleine Finger articulirt auf der Gelenkfläche des vierten Metacarpalknochens und ist in seiner Entwickelung zurückgeblieben. Der linke Arm bietet folgende Verhältnisse: In der Mitte des Humerus, der kürzer ist als der rechte, fühlt man deutlich den durch die Fractur gesetzten Callus. Das Ellenbogengelenk ist verkümmert. Der linke Vorderarm fehlt ganz, zwischen dem Humerus und der Hand fühlt man ein circa 2½ Ctm. langes, 1 Ctm. im Durchmesser betragendes Knochenstück. Der 1.—3. Finger fehlen, der 4. ist klein, der 5. verkümmert. Desgleichen fehlen das Os metacarpi II und III, die übrigen Metacarpalknochen nur rudimentär vorhanden. Die Maasse der einzelnen Extremitäten-Theile sind:

Humerus dext. = 27 Ctm.
» sin. = 26 »
Ulna detr. = 24 »
Radius dext. = 21 »

Von Bewegungen der linken Hand werden Extension und Flexion leicht ausgeführt — Pronation und Supination sehr unausgiebig, jedoch vorhanden.

Dr. Metzler berichtet in Kurzem über in unserer Stadt wieder aufgetauchte, von ihm beobachtete Fälle von Trichinose.

Am 1 März inficirten sich mit Trichinen fünf in einer Gesellschaft versammelte Personen, die von ein und derselben, aus der Hoffmann'schen Handlung stammenden Schinkenwurst gegessen hatten; zwei andere Personen derselben Gesellschaft, welche nicht von der Wurst gegessen hatten, blieben gesund. Die 5 angeführten Pat. bieten die gewöhnlichen Symptome der Trichinose dar, die Erkrankungen sind alle recht leichter Natur. Ref. plaidirt für baldigst zu ergreifende prophylaktische Maassregeln gegen die Trichinosis.

Secretär Dr. Lange.

Tagesereignisse.

— Als Badearzt in Kemmern (bei Riga) ist Dr. Friedrich Berg angestellt worden. Dem «Westnik Wodoletschenija» geht von dort die befremdende Mittheilung zu, dass es in Kemmern keinem andern Arzte ausser Dr. Berg gestattet sei, die Praxis auszuüben.

— Der Ophthalmologe Docent Dr. Kuhnt in Jena ist zum ausserordentlichen Professor daselbst ernannt worden.

— In Berlin ist Dr. Rudolph Lotze im Alter von 64 Jahren gestorben. Die medicinische Wissenschaft verdankt ihm bahnbrechende Arbeiten über allgemeine Pathologie und Therapie, sowie über die Physiologie der Seele. Wenn er in letzterer Zeit auch nicht mehr dem engeren Gebiet der Medicin angehörte, da er sich ganz der Philosophie zugewandt hatte, so hat er doch noch einen grossen und wohlthätigen Einfluss auf diejenigen Gebiete der Physiologie ausgeübt, welche mit der Philosophie getreue Nachbarschaft halten.

— Das Statut der *Centralhülfskasse für die Aerzte Deutschlands*, über welche wir bereits früher Mittheilung gemacht haben, hat die staatliche Genehmigung erhalten und wird demnächst in's Leben treten.

Miscellen.

— Der *diesjährige internationale medicinische Congress*, welcher vom 2. bis 9. August n. St. in London stattfinden wird, verspricht ein recht glänzender zu werden. Im Ganzen haben sich 1800 Aerzte bis jetzt zur Theilnahme gemeldet. Aus Berlin werden am Congresse Prof. Frerichs, dem ein Vicepräsidium des internationalen Congresses angeboten worden, sowie Prof. Virchow theilnehmen, der in der allgemeinen Sitzung am 4. August einen Vortrag «über die Bedeutung der experimentellen Pathologie in der Medicin» halten wird. Von deutschen Theilnehmern nennen das «Lancet» und die «Berl. klin. Wochenschrift» noch v. Langenbeck, Kölliker, Bardeleben, Eulenburg, Benedikt, Ewald (Berlin), Schnitzler, Erb, Burow, B. Fränkel, Freund (Strassburg), Kaposi, Ponfick, v. Recklingshausen, G. Lewin, Braun (Wien), v. Ziemssen u. A.

Den Mittheilungen des «Lancet» zufolge werden von anderen Gelehrten Brown-Séquard, Ollier, Loven, Chauveau, Hardy, Holmgren, Tarnier, Baccelli, Verneuil, Pasteur, Billings theilnehmen. Ob auch Aerzte aus Russland an dem Congresse sich betheiligen werden, haben wir bis jetzt nicht erfahren.

— In dem Städtchen *Hettstedt*, Mannsfelder Gebirgskreis, ist wie die «Allg. med. Central-Zeitung» berichtet, wiederum die *Trichinenkrankheit* in starkem Grade (bei 150 Personen) aufgetreten. 1863 brach dort ebenfalls diese Krankheit in so heftiger Weise aus, dass damals eine grosse Anzahl Personen derselben zum Opfer fielen. Von daher datirt auch die sogen. Trichinenstatistik.

— Der *statistische Bericht über die Geburten, Todesfälle und Eheschliessungen in Frankreich im Jahre 1879*, welcher vor Kurzem erschienen ist, weist fast keine Veränderung gegen das Jahr 1878 auf. Der allgemeine Eindruck ist auch hier wieder der, dass das französische Volk im Vergleich zu anderen Völkern fast aufgehört hat, sich zu vermehren: *Eheliche Geburten* zählte man i. J. 1878 — 869,400, und i. J. 1879 war ihre Zahl nicht grösser; *uneheliche* zählte man i. J. 1878 — 67,700, i. J. 1879 — 66,900; *Todtgeborene* 43,200 i. J. 1878 und 43,800 i. J. 1879; *Todesfälle* i. J. 1878 — 839,000 und i. J. 1879 839,800. Die ganze Zunahme der Bevölkerung betrug nur 96,600 gegen 98,100 i. J. 1878. Die Zahl der *Eheschliessungen* betrug 282,700 i. J. 1879 und 279,600 i. J. 1878. Die Zahl der *unehelichen Geburten in Paris* beträgt 32%, die der *Todtgeborenen* 7%.

Personal-Nachrichten.

Amtliche.

— *Befördert*: *Zum Geheimrath*: Der ält. Arzt der I. Pauls-Militärschule, Misko-Wassilewski, mit gleichzeitiger auf eigenes Gesuch erfolgter Entlassung aus dem Dienst mit Uniform. *Zum wirklichen Staatsrath:* Der ält. Arzt. des Militär-Progymnasiums zu Woljsk, Prileshajew, mit gleichzeitiger auf eigenes Gesuch erfolgter Entlassung aus dem Dienst mit Uniform. *Zum Staatsrath*: Der ält. Arzt des Militär-Progymnasiums zu Omsk, Bjelawin.

— *Ernannt:* Der ausseretatm. Beamte des Medicinal-Depart. des Ministeriums des Innern, Dr. med. Ssikorski — zum ausseretatm. Ord. beim Nikolai-Krankenhause, mit Belassung in seiner bisherigen Stellung; der ausseretatm. Ord. des Alexander-Hospitals, Dr. med. Philing — zum etatm. Ord. des Nikolai-Krankenhauses; der Reserve-Arzt v. Erdberg — zum consult. Arzt bei der Kinder- und Frauen-Heilanstalt des zum Andenken an den Cäsarewitsch Nikolai Alexandrowitsch gestifteten Asyls; Dr. med. Steinmann — zum jüng. Ord. beim Elisabeth-Kinderhospital; Dr. med. Bruns — zum Inspectorsgehilfen bei der Medicinal-Abtheilung der Gouvernements-Verwaltung von Wolhynien und der jüng. Arzt der I. Pauls-Militärschule, Dr. med. Prosorow — zum ält. Arzt dieser Schule.

— *Beurlaubt*: Der Leibmedicus des Kaiserlichen Hofes, Geheimrath Karell — auf sechs Monate.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 5. Juli 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	898	340	1238
Alexander- «	683	162	845
Kalinkin- «	—	431	431
Peter-Paul- «	383	174	557
St. Marien-Magdalenen-Hospital	166	73	239
Marien-Hospital	295	340	635
Ausserstädtisches Hospital	464	152	616
Roshdestwensky-Hospital	59	17	76
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.).	432	135	567
6 zeitw. Hospitäler	854	136	990
Ausschlags-Hospital	11	14	25
Summa der Civilhospitäler	4245	1974	6219
Nikolai-Kinder-Hospital	36	39	75
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	60	53	113
Elisabeth-Kinder-Hospital	15	18	33
Summa der Kinderhospitäler	111	110	221
Nicolai-Militär-Hospital	303	88	391
Ssemenow'sches Militär-Hospital	145	—	145
Kalinkin-Marine-Hospital	188	—	188
Gesammt-Summa	4992	2172	7164

Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	1839	547	2386
Scarlatina	8	15	23
Variola	12	4	16
Venerische Krankheiten	483	430	913

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 28. Juni bis 5. Juli 1881 besucht von 2651 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1165.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs

für die Woche vom 21. Juni bis 27. Juni 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 760 (Todtgeborene 14). Mortalität der Woche für das Jahr berechnet 59,00 p. M.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
494	266	760	151	54	77	16	14	42	90	83	60	76	49	24	10	14

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 53, Typh. abd. 36, Febris recurrens 53, Typhus ohne Bestimmung der Form 15, Pocken 4, Masern 1, Scharlach 6, Diphtheritis 16, Croup 2, Keuchhusten 5, Puerperalkrankheiten 1, Dyssenterie 4, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 14.

— Gehirnapoplexie 6, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 26, andere Gehirnkrankheiten 19, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 19, acute Entzündung d. Athmungsorgane 52, Lungenschwindsucht 99, andere Krankheiten der Brustoberfläche 15, Gastro-intestinal-Krankheiten 156, andere Krankheiten der Bauchhöhle 23, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 55, Marasmus senilis 25, Cachexia 24.

— Tod durch Zufall 24, Selbstmord 2.

— Andere Ursachen 8.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 10 Іюля 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh., Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

ST. PETERSBURGER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg, Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (Carl Röttger).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 29. St. Petersburg, 18. (30.) Juli. 1881.

Kleinere chirurgische Mittheilungen.

Von

Wilhelm Koch

in Dorpat.

1) *Beitrag zur Unterbindung der Unterschenkelgefässe, namentlich der Arteria tibialis postica, in ihrer oberen Hälfte.*

Die hintere und vordere Arteria tibialis freizulegen, möchte der Operateur überwiegend häufig durch *Verletzungen*, welche den Unterschenkel betreffen, in die Nothwendigkeit versetzt werden.

Denn ganz im Gegensatz zur Arteria poplitea, deren gewöhnliche Erkrankungsform das spontane Aneurysma ist, scheinen aneurysmatische Erweiterungen auf Grund allein des atheromatösen Processes an den Anfangsstücken der Unterschenkelgefässe durchaus ungewöhnliche Vorkomnisse zu sein.

Eine erste Durchsicht der Literatur hat mir ergeben, dass unter den traumatischen Einwirkungen in erster Linie die Schussverletzungen als Factoren zu nennen sind, in deren Gefolge die Zerreissung unserer Gefässe beobachtet wird, so zwar, dass mit der Trennung der letzteren fast regelmässig auch der complicirte Knochenbruch zu Stande kommt. Solcher den Knochen *und* die Gefässe schädigender Schussverletzungen dürften in der Literatur gewiss über hundert verzeichnet sein; doch kann man den kurzen Berichten oft nicht entnehmen, ob es allein die Kugel war, welche kurz hintereinander den Knochen und das Gefäss durchsetzte, oder ob die Verletzung der Arterie eine Folgeerscheinung ist, hervorgegangen aus der Einwirkung der Splitterung auf die Gefässwand, als die Splitter auseinander wichen oder als der Kranke zusammenstürzte.

Nicht viel seltener als die Kriegsverletzungen dürften die Friedensfracturen des Unterschenkels, die uncomplicirten wie namentlich auch die complicirten die Wurzelgebiete der tibialen Gefässe schädigen.

Das vortreffliche Werk Gurlt's [1], in welchem die Casuistik nur etwa bis zum Jahre 1860 berücksichtigt werden konnte, weiss von zwanzig solcher Verletzungen zu berichten; ich zweifle nicht, dass diese Zahl sich auf das Doppelte vermehren liesse, wenn man die Erhebungen Gurlt's mit der an ihm bekannten Gewissenhaftigkeit bis auf den heutigen Tag fortführen würde.

Weniger häufig als Schusswunden und Friedensfracturen entzweien Hieb-, Riss- und Quetschwunden die Tibialis postica und antica; nur hin und wieder führen Necrosen, der Hospitalbrand und das pulsirende Sarkom des Tibiakopfes zu Blutungen aus ihnen.

Verlauf und Ausgang der in dieser Weise verschieden bedingten Gefässeröffnungen ist bisher ein recht trauriger gewesen.

Ausnahmsweise endeten sie mit Spontanheilung; wird eine solche erwähnt, so können Zweifel geltend gemacht werden, ob in der That die Hauptstämme oder nicht vielmehr nur deren Zweige zerrissen waren.

Die zum Theil lockere Verbindung zwischen dem Soleus und den Muskelbäuchen des Tibialis posticus, Flexor digitorum und Flexor hallucis lässt in der Tiefe der Wunde einen sackartigen Raum zu Stande kommen, welcher, weil ihn neben der dünnen tiefen Fascie nur grossmaschiges zartes Bindegewebe durchzieht, zur Aufnahme von Infiltraten wie geschaffen erscheint. In ihm wird naturgemäss der grösste Theil des aus der Arterie gepressten Blutes sich sammeln, auch wenn die Verwundung andere nach der Oberfläche führende Abflusskanäle für das Blut schafft. So kann denn selbst der Erfahrene über die Bedeutung der primären dem Auge controllirbaren Hämorrhagie getäuscht werden und auf die Ueberlegung hin, dass das in der

[1] Lehre von den Knochenbrüchen. I. Bd. Hamm. 1862, S. 526, ff.

Zeiteinheit nach aussen tretende Blut unmöglich der aus den grossen Stämmen zu erwartenden Menge conform sei, das sofortige Einschreiten unterlassen. Wenigstens führte bisher auf die Diagnose der Verletzung der Hauptstämme der Tibialen erst relativ spät und secundär das umschriebene traumatische Aneurysma, überwiegend häufiger aber der Symptomencomplex einer gewaltigen diffusen Blutunterlaufung der Wade, an welche sich Zeichen beginnenden Brandes nicht selten anschliessen. Diese Thatsachen sollten im Gedächtniss behalten werden, denn sie zeigen, dass man recht oft in blutinfiltrirten und wohl auch septisch inficirten Geweben zu arbeiten gezwungen werden dürfte, also unter Anderem darauf Verzicht zu leisten hat, das Esmarch'sche Verfahren in Anwendung zu bringen, unter dessen Beihilfe die Orientirung in tiefen Wunden ja zweifelsohne erleichtert wird.

Die beliebteste Massnahme, die Blutungen aus den arteriellen Stämmen der oberen Hälfte des Unterschenkels zu bekämpfen, war bisher zum Unglück für die Kranken die Unterbindung des zuleitenden Hauptgefässes nach Hunter's Principien. Meist in der Secundärperiode, wenn diffuse arterielle Infiltrate und die ersten Zeichen des Brandes ein längeres Zuwarten nicht gestatteten, ist die Femoralis am Adductorenschlitz, in der Mitte des Oberschenkels oder gar am Poupart'schen Bande, unterbunden worden. Der Erfolg war nur in der kleineren Zahl der Fälle der erwünschte; gar oft schloss sich an die Unterbindung nachträglich die Amputation des Oberschenkels mit jenen Ausgängen, welche in der vor Lister'schen Periode die gewöhnlichen waren.

Jedenfalls ist das kühne Verfahren J. L. Petit's [1], auf die verletzte Stelle selbst einzuschneiden um mit dem directen Verschluss der Gefässwunde auch günstige Abflussverhältnisse für das versetzte Infiltrat zu schaffen, nur wenig nachgeahmt worden, trotzdem über die alleinige ja fast ausnahmslose Nothwendigkeit der Antyllus'schen Operation heute kaum noch gestritten wird und Leute wie Guthrie [2] ihre Ausführung gerade an den Unterschenkelgefässen für dringend geboten erklärten. Offenbar wirkt bis zum Augenblick die Ueberzeugung, dass es schwer ja unmöglich sein müsse, Defecte in Gefässstämmen freizulegen, welche unter den dicksten Muskeln unseres Körpers, unter dem Gastrocnemius und Soleus verborgen liegen. In wie weit eine solche Scheu den Methoden gegenüber zulässig ist, welche bis zum Augenblick ersonnen sind, die Tibialis antica und namentlich auch die postica in ihrer oberen Hälfte freizulegen, ist ein Theil der Aufgabe dieser kleinen Skizze. Sie will zum Andern ein Paar neue Schnittführungen dem Urtheil der Fachgenossen unterbreiten, welche die Aufsuchung unserer Gefässe um nichts schwieriger als die der übrigen mittelstarken Arterienstämme erscheinen lassen.

Die Durchführung des Antyllus'schen Principes — und den Vergleich mit demselben dürfte, vielleicht auch nur in weniger dringenden Fällen, ein Verfahren aushalten, in welchem neben der methodischen Compression der Femoralis die senkrechte Erhebung des Oberschenkels bei gebeugtem Knie angewendet wird — die Durchführung des Antyllus'schen Principes also erfordert verschiedene Methoden in den verschiedenen Höhen des Unterschenkels.

Man kann zunächst, z. B. bei Schüssen, die in der Ebene des Tuberositas tibiae liegen, dazu gezwungen werden, das am oberen Soleusrande belegene Endstück der Arteria poplitea und die aus demselben sich entwickelnden Anfänge des Truncus tibio-fibularis sammt der Arteria tibialis antica zu untersuchen.

Für diese Fälle begründet Lisfranc das Princip, zwischen den beiden Köpfen des Gastrocnemius nach der Tiefe vorzudringen.

Man beginnt den ohngefähr der Achse des Schenkels entsprechenden Schnitt in der Kniegelenksspalte — linea articularis posterior —, führt ihn je nach der Dicke der Wade verschieden weit nach abwärts in der Richtung zur Ferse, trennt die meist eng aneinander liegenden Gastrocnemiusköpfe möglichst stumpf von einander und dringt, indem man sich nahe zum inneren Gastrocnemiuskopf hält gegen den freien scharfen oberen Rand des Soleus vor. Dieser wird eingeschnitten und so mit dem Endstück der Poplitea zugleich der Anfangstheil der Tibialis antica und postica sammt der Arteria peronea freigegeben.

Ich würde dieses Verfahren nur bei Individuen mit ganz schwach entwickelter Muskulatur in jenen Ausnahmefällen anwenden, in welchen durch die Verwundung als solche die Muskelsubstanz in der Nähe der Gastrocnemiusspalte ergiebig gerissen und zum Klaffen gebracht worden ist. Dann ist ja der Weg, welchen man zu nehmen hat, vorgezeichnet; ihn aber absichtlich in unverletzten Theilen zu etabliren, verbietet nach meiner Meinung zunächst das regelmässige Vorkommen der Arteria gastrocnemii interni. Dieses Gefäss entspringt aus der Poplitea in Höhe der Femurcondylen als ein Stamm von der Dicke einer mässigen radialis, legt sich zunächst in die Furche zwischen den beiden Köpfen des Gastrocnemius und tritt dann in die Substanz des inneren Kopfes, wobei sie einen ziemlich dicken Zweig nach unten und aussen entsendet, von welch' letzterem Reiserchen für beide Gastrocnemii und für den Soleus sich entwickeln. Unterhalb dieses durch correspondirende Venen noch vervielfältigten Gefässnetzes stösst man dann noch auf 3—4 arterielle Stämmchen, welche aus der Poplitea direct zu jener Stelle des oberen Soleusrandes ziehen, welchen man nothgedrungenerweise wird einschneiden müssen, wenn mehr als das unterste Stück der Poplitea zu unterbinden ist.

Aber nicht allein diesen Gefässen begegnet man im Spalt zwischen den Köpfen des Gastrocnemius, sondern bekanntlich auch der Vena saphena minor. Möchte es auch seine Mühe haben den Stamm derselben sammt dem Nervus communicans tibialis zu schonen, so könnte doch die Blutung aus den feineren quer von rechts und links in die Saphena sich ergiessenden Stämmchen in lästiger Weise zu jener aus dem Bezirk der Art. gastrocnemii sich hinzuaddiren.

Dazu kommt, dass die Dicke der Wadenmuskulatur namentlich bei kräftig entwickelten Leuten die ausgiebigsten Weichtheildurchtrennungen und gleichwohl die Isolirung der Gefässe in unbequemer Tiefe bedingt.

Ich schlage daher statt dieses Lisfranc'schen Verfahrens eine Methode vor, welche unter Zuhilfenahme eines einzigen Hautfascienschnittes den Weg zum oberen Rande des Soleus

[1] Traité des maladies des os. Vol. II. Paris 1772, S. 46.
[2] Diseases and injuries of arteries. London 1830, S. 257 ff.

und zum Ende der Poplitea gestattet. Sie fusst darauf, dass der Raum zwischen Capitulum fibulae und äusserem Rande des Gastrocnemius externus jedesmal leicht darzustellen ist, dass die Poplitea an ihrer Theilungsstelle der Fibula sehr viel näher als der inneren Tibiakante liegt und dringt in Folge dessen *von aussen her* gegen den Gefässbezirk vor.

Man taste zunächst das Fibulaköpfchen und den besagten Gastrocnemiusrand ab; gelingt es nicht den letzteren zu fühlen, so genügt, um den Nervus peroneus sicher zu schonen, daumenbreit medialwärts von Capitulum fibulae ein Hautschnitt, der etwas unterhalb der Linea articularis genu beginnt und auch 10—12 Ctm. nach unten und ein wenig nach aussen geführt wird. Hat man in der nämlichen Richtung die Fascie entzweit, so ist der Muskelrand des Gastrocnemius ausnahmslos leicht darstellbar. Da se n äusserer Kopf nur locker an die tieferen Theile sich anlegt, kann er stumpf und ohne jede Blutung isolirt und mittelst breiter Wundhacken nach innen oben verzogen werden während ein Assistent das Knie des Operirten in halbe Beugung bringt. Der dünne Muscul. plantaris folgt dem Gastrocnemius oder kann anderenfalls ohne jede Mühe nachträglich auf den Hacken gegeben werden.

Man sieht jetzt deutlich den Faserlauf der M. popliteus, nach unten innen und an seinem unteren Rande eine ganz schmale fetterfüllte Furche, unterhalb deren der Soleus mit ziemlich scharfem und deutlich markirtem Rande vom Capitulum fibulae zum mittleren Drittel der inneren Tibiakante sich begiebt. 3½ bis höchstens 4 Ctm. einwärts vom Köpfchen der Fibula tritt der straffgespannte Nerv. tibialis unter diesen Rand in lothrechtem Verlauf. *Auswärts* und *unterwärts* von ihm liegt, eingefasst von zwei Venen, das Ende der Arteria poplitea in mässig fettreichem Zellgewebe, welches man am besten zwischen zwei Pincetten zerreisst. Die Isolirung des Gefässes gelingt auf diese Weise und bei halbgebeugtem Knie leicht. Müsste man nun noch den Truncus tibio-fibularis sammt der Tibialis antica freilegen, so wird entweder der obere Soleusrand dicht auswärts vom Nerven in senkrechter Richtung durchschnitten, oder diejenige Partie des Muskels, welche sehnig muskulös vom Capitulum fibulae entspringt, abgelöst. Beides gelingt ohne Schwierigkeiten.

Von innen her in ähnlicher Weise vorzugehen, wie Marchal de Calvi für die Arteria poplitea empfohlen hat, ist durchaus nicht rathsam. Abgesehen von den Schwierig keiten, welche Vena saphena magna, — namentlich bei vorhandenen Varicositäten, — und die nahen Beziehungen der Sehnen des Pes anserinus zum inneren Gastrocnemiuskopf bereiten können, sei hervorgehoben, dass die Arterie sehr viel schwieriger zu erreichen ist als von der fibularen Seite. Sie liegt von der inneren zum Condylus internus sich aufkrümmenden Tibiakante mindestens 5 bis 5½ Ctm. entfernt, dabei meiner früheren Darstellung gemäss auswärts und unterhalb des Nervus tibialis, so dass es seine Unannehmlichkeiten haben möchte, sie von innen her gegen den inneren Condylus der Tibia zu entwickeln. Ausserdem müssten bei der als nothwendig anzunehmenden sehr starken Abzerrung des inneren Gastrocnemiuskopfes nach oben und aussen, eine Anzahl Zweige der Art. gastrocnemii unvermeidlich zerreissen.

Noch einmal sei betont, dass die von uns erläuterte Operation nur für das Endstück der Poplitea, für den Anfangstheil der Tibialis postica-peronea und allenfalls für die Abgangsstelle der Tibialis antica passt.

Für die tiefer geschehenen Verwundungen bis hinab gegen die Mitte des Unterschenkels sind bisher die folgenden Verfahren in Vorschlag gebracht worden.

Zunächst die nach Scarpa und Marjolin benannte Methode.

Ausdrücklich wird angegeben [1], dass sie für die hintere Tibialis «hoch oben» bestimmt sei und dass der Schnitt etwa von der Höhe der Tuberositus tibiae aus längst der inneren Tibiakante nach unten zu führen sei. Nach Beseitigung der Vena saphena magna wird die Verbindung des inneren Soleusrandes mit der Tibia getrennt und dann zwischen Flexor digitorum und soleus auf die Arterie eingegangen.

Lisfranc's Vorschrift weicht von der eben geschilderten im Princip nicht ab. Er legt den Hautschnitt schräg unter einem Winkel von 45° etwa zur Axe des Unterschenkels, um sich vor der Verwechselung des inneren Gastrocnemiusrandes mit dem Soleus zu schützen, beginnt im übrigen ebenfalls an der inneren Tibiakante, meist 2 Zoll (5 Ctm.) unter Tuberositas tibiae und durchschneidet die Haut etwa 12 Ctm. in der Richtung nach aussen und hinten.

Guthrie [2] erscheinen beide Verfahren zu unsicher.

Er empfiehlt mit wenigen schnellen Messerzügen Gastrocnemius und Soleus gegen die Tibia hin auf 6—7 Zoll (18! Ctm.) in einer Linie zu spalten, welche möglichst die Verlaufsrichtung der Art. tibialis postica einhält, d. h. also von der Mitte der Kniekehle zur Mitte zwischen Malleolus internus und Achillessehne gedacht wird.

Dieses Vorgehen ist allerdings das radikalste, indess gar zu verletzend und wohl jedesmal durch die Modification Pirogow's [3] zu ersetzen, nach welcher man den Gastrocnemius internus vom Soleus isolirt und allein den letzteren in der Richtung der Arterie durchschneidet.

Die Bedenken gegen alle diese Vorschläge eröffne ich zunächst mit dem Hinweis darauf, dass die Scarpa Marjolin'sche Schnittführung den *inneren* Rand des Soleus nur sehr bedingt in's Operationsterrain hineinzieht. Nehme ich die mittlere Länge der Tibia auf 38 Ctm. an, so würde das Ende ihres ersten Drittels etwa 13 Ctm. unter der Knie gelenksspalte befindlich sein. Wiederholte Messungen haben mir aber ergeben, dass die Umschlagsstelle des oberen Soleusrandes zum inneren dieser Gelenkspalte kaum mehr als auf 10 Ctm. sich nähert. Man bekäme also bei genauer Einhaltung der Schnittführung nur höchstens im unteren Wundwinkel den inneren Rand des Soleus zu Gesicht und braucht ihn gar nicht loszutrennen, um auf die Arterie zu kommen. Vielmehr präsentirt sich nach Zerschneidung der Fascia cruris *im oberen Drittel des Unterschenkels* sofort der Musc. popliteus, über dessen Sehnenlager man zum Endstück der Poplitea und nach Einkerbung des *oberen* Soleusrandes auch zur Tibialis postica in ähnlicher

[1] Guenther. Lehre v. d. blutigen Operationen. II. Abtheilung 1857, S. 65.

[2] l. c. S. 260 und 387:

[3] Anatomia chirurgica truncorum arteriarum atque fasciarum fibrosarum. Reval 1841, S. 61, 62.

nur unbequemerer Weise gelangen würde, wie ich dies von aussen zu versuchen vorhin vorgeschlagen habe.

Soll die Scarpa'sche Methode in der That zwischen *innerem* Soleusrand und Flexor digitorum hindurchführen, so darf der Hautschnitt, wie es Lisfranc that, erst zwei Zoll unter der Tuberositas tibiae beginnen. Dann aber verwandeln sich beide Methoden sofort zu solchen, welche wesentlich *für das mittlere Drittel des Unterschenkels bestimmt sind.*

In dieser Höhe aber, namentlich an derjenigen Stelle über dem Flexor digitorum hinweg zur Arterie zu gelangen, an welcher das erste und zweite Schenkeldrittel zusammenstossen, halte ich für äusserst schwierig.

(Schluss folgt).

Referate.

Bouchut: Behandlung der Pleuritis mit Jaborandi. (Paris médical № 22, 1881).

Zu verschiedenen Fällen, die Vf. bereits veröffentlicht hat, fügt er folgenden hinzu:

Ein seit dem 3. Februar mit Frösteln, Fieber, Kopfschmerz und Erbrechen erkranktes 7jähriges Mädchen ward am 5. Februar in die Bouchutsche Kinderklinik aufgenommen. Abds. Temp. 38,2, Puls 95, starke Dyspnoe und heftiges Seitenstechen links. Bei der Untersuchung ergiebt sich eine linksseitige exsudative Pleuritis mit Verdrängung des Herzens (Herzspitze 1 Ctm. vom Sternum). Den 6. Febr. Jaborandi 3,0. Abds. keine Schmerzen in der Seite, keine Dyspnoe.

7. Febr. Morg. Nacht gut, Exsudat nicht gestiegen. Jaborandi 3, 0.

8. Febr. Morg. Bis zur Mitte des Thorax von oben vesicul. Athmen zu hören. Jaborandi 3,0.

9. Febr. Ueberall vesicul. Athmen, Herz an der normalen Stelle, kein Fieber.

10. Febr. Alle Krankheitserscheinungen geschwunden.

Bis zum 20. erhält Pat. noch täglich Jaborandi 3, 0. Das Exsudat hat sich nicht erneuert, völlige Genesung.

Vf. erwähnt auch, dass bei Kindern Jaborandi seine Hauptwirkung auf die Speicheldrüsen äussert, weniger wird die Schweisssecretion befördert. Hlm.

P. Landovsky: Behandlung der Hämorrhoiden mit heissem Wasser. (Revue de chirurgie. 1881 № 6, Juni pag. 500).

Von der Erfahrung, die man mit den erfolgreichen heissen Douchen bei Metrorrhagien gemacht, ausgehend, wandte Vf. auch heisses Wasser bei Hämorrhoidalblutungen an. — Er setzte den Patienten in ein Bad von 35° (C. ?) und führte in den Anus ein gefenstertes Speculum ein, worauf die Temperatur des Wassers allmählich auf 45° gebracht wurde, wonach Pat. noch ¼ Stunde im Wasser verblieb. Die Blutung sistirte völlig und in einigen Tagen verkleinerten sich die Knoten, bis sie vollständig verschwanden. Nach 6 Monaten war Pat. noch völlig gesund und zeigte keine Spur seines früheren Leidens. P.

Hans Schmid: Aus der chirurgischen Klinik zu Erlangen. Der trockene Wundverband mit Salicylsäure. (Deutsche Zeitschr. f. Chirurg. Bd. XIV., Hft. 1 und 2).

Es wird in vorliegendem Aufsatz die Salicylsäure als Deckstoff für Wunden sehr empfohlen. Nach Angabe des Verfassers beschüttet man die Wunde selbst und die Umgebung auf ca. 1 Ctm. Distanz, ca. ½ Ctm. hoch mit Salicylsäure und legt darüber einen beliebigen trockenen Verbandstoff zur Fixation. Bei Höhlenwunden werden alle Buchten einzeln sorgfältig ausgestopft mit Salicylpulver, vorher geht natürlich gründliche Reinigung der Wunde und Umgebung. Die Wunden secerniren wenig, reinigen sich sehr schnell und brauchen selten verbunden zu werden. Verf. illustrirt das Verfahren an zwölf Krankengeschichten. Neu an dem Verfahren ist eigentlich nur der Name und die Erhebung desselben zu einer Methode. T.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Prof. Joseph Nowak: Lehrbuch der Hygieine. Wien 1881. Töplitz und Denticke, pag. 385—804.

Schon seit einiger Zeit liegen nun auch die 4 Schlusslieferungen (V—VIII) obigen Werkes vor und entsprechen allen von uns gehegten Erwartungen vollkommen. Indem wir auf unsere Kritik in № 49 des vorigen Jahrganges d. Wochenschr. verweisen, wiederholen wir, dass das jetzt abgeschlossene Lehrbuch ein wirklich brauchbares für Aerzte, Sanitätsbeamte und Studirende ist, in überall fesselnder Sprache die modernsten Anschauungen bringt, mit zahlreichen Abbildungen geschmückt ist und ohne ermüdende Weitschweifigkeit durch *alle* Gebiete der Hygieine führt. Die zweite Hälfte enthält: Fortsetzung des Abschnittes Nahrung (namentlich vegetabilische Kost, die Genussmittel, Alkoholica etc.), die Infectionskrankheiten (neueste Theorieen, Schutzmassregeln), die Gewerbehygieine (Arbeiterhygieine, Montanindustrie, Verarbeitung der Metalle, die Thon- und Glasindustrie, die chemische Grossindustrie, die Kohlen-, Theer- und Textil-Industrie, die Papierfabrikation, die Oelindustrie, die industrielle Verarbeitung landwirthschaftlicher Producte, die Verwerthung der Thierstoffe, die explosiven Körper) und die hygieinisch wichtigsten Lebensverhältnisse (Ehe und Nachkommenschaft, das Schulkind, die Kranken und die Gefangenen). Unsere wärmste Empfehlung begleitet das Werk! F—t.

Russische medicinische Literatur.

№ 173. **Wratsch.** № 28.
Inhalt: a) L. Tumas: Experimentell erzielte Verwachsung von Thieren verschiedener Gattung durch Zusammennähen der Haut. (Aus dem physiolog. Laboratorium des Prof. Tarchanow).
b) G. Bruhns: Ein nach aussen perforirendes Aneurysma aortae.
c) Feinberg: Ein Fall von Paralysis spinalis spastica.
d) J. Lwow: Umschnürung der Nabelschnur durch ein Amnionband, als Ursache des Todes der Frucht und Abort.
e) J. Goldwug: Malariafieber in Koselez.
f) D. K.: Aus dem Achal-Teke-Gebiet.

№ 174. **Westnik Wodoletschenija.** Juli-Heft.
Inhalt: a) Die Nervenschwäche (Neurasthenie), deren Symptome, Wesen und Behandlung nach Beard.
b) D. Dubelir: Die Mineralquelle in Essentucki № 17 im Kaukasus. (Aus dem Laboratorium des Prof. Ludwig in Wien).
c) E. Spiegel: Der gegenwärtige Zustand des Mineralbades *Druskieniki.*
d) W. Kossowski: Der Rheumatismus und seine Balneotherapie.
e) G. K—n: Die Mineralquellen in Chilowo (Gouv. Pleskau).
f) E. Lewis: Die nothwendigen hydrotherapeutischen Geräthschaften, welche in den Mineralbädern und Wasserheilanstalten gebraucht werden.

№ 175. **Anzeiger der Mineralbäder von Staraja-Russa** № 9.
Inhalt: a) Ueber Inhalationen von fein zerstäubtem Mineralwasser und von Salzdämpfen.
b) Aus welchem Material sollen die Bäder in Staraja Russa bereitet werden?

№ 176. Hygieine und Erziehung der Kinder im ersten Lebensalter. St. Petersb. 1881. Verlag von K. Rikker.

№ 177. **Tageblatt der Gesellschaft Kasanscher Aerzte.**
Inhalt: a) L. Mandelstamm: Ein gerichtlicher Fall von Vergiftung mit Arsenik. (Schluss).
b) J. Potjechin: Erinnerungen aus dem letzten Kriege 1877/78 in der asiatischen Türkei. (Forts.)
c) N. Studenzki: Tuberculose der Gelenke.
d) Sitzungsprotocoll der Gesellschaft der Aerzte in Kasan vom 26. März 1881.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Paris médical № 28.
— El medico y cirujano centro-americano № 17.
— Ueber Kehlkopfhusten von Dr. W. Hack. (Sep.-Abdr. aus «Aerztl. Mittheilungen» 1881, № 11 und 12).
— Die Osteotomie mit Rücksicht auf Aetiologie und Pathologie von Genu valgum, Genu varum und anderen Knochenverkrümmungen an den unteren Extremitäten von Dr. W. Macewen. Autorisirte deutsche Uebersetzung herausgegeb. von Dr. R. Wittelshöfer. Mit Holzschnitten. — Ferd. Enke. — Stuttgart 1881.
— Die Drainirung der Peritonäalhöhle von Dr. Bardenheuer. — Ferd. Enke. — Stuttgart 1881.
— Der Restaurator: Elastischer Kraft- und Muskelstärker für Zimmergymnastiker von Dr Rud. Weil. — Mit Abbildungen. — Theob. Grieben. — Berlin 1881.
— Das Gehen des Menschen in gesunden und kranken Zuständen von Dr. Herm. Vierordt. Mit 11 lithograph. Tafeln und 6 Holzschnitten. — H. Laupp. — Tübingen 1881.
— Cronica medico-quirurgica de la Habana № 6.
— Annales de la société médico-chirurgicale de Liège № 6.
— Il movimento médico-chirurgica № 4—5.
— Nice médical № 9.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztlichen Vereins.

Sitzung vom 30. März 1881.

1. Dr. Lingen demonstrirt das Präparat eines enorm grossen Osteoid-Chondroms, das durch Exarticulation des linken Oberarms einem Patienten im Marien-Magdalenen-Hospital abgetragen worden ist. Es war ein kräftiger Mann von 35 Jahren, bei dem sich in 8 Jahren durch allmähliges Wachsen die Geschwulst gebildet hatte; sie umfasste den ganzen Oberarm, als eine cylindro-kuglige unförmliche Masse, das Schulter- und Ellenbogengelenk waren frei beweglich; in der Mitte betrug die Circumferenz 82 C., von der Schulter zum Ellenbogen gemessen 70 C.; die Haut normal, verschiebbar, mit knochenharten, wallnussgrossen Höckern besetzt; der Vorderarm in normalem Zustande, keine Schmerzen, nur lästiges Gefühl der Schwere. Der arbeitsunfähige Mann wünschte die Entfernung der Geschwulst. Die Exarticulation wurde von Dr. Masing, im Beisein des Dr. Kade, ausgeführt, mit Bildung eines reichlichen Hautlappens der vorderen und hinteren Partie der Geschwulst; der Gelenkkopf erwies sich frei von der Neubildung, bot nur einige Schwierigkeit bei der Auslösung, da die umgebenden Geschwulstmassen die Luxation des Gelenkkopfes behinderten. Geringer Blutverlust, Vernähung der Wundränder, mit Einlegung dreier Drainröhren, Lister'scher Verband. Gegenwärtig, 3 Wochen nach der Operation ist der Zustand des Patienten ein sehr befriedigender; prima intentio der Wundränder eingetreten, mässige Eiterung aus dem unteren Wundwinkel, kein Fieber, guter Kräftezustand, Aussicht auf baldige Genesung. Die Geschwulst mit freiem Humerus — Kopf war in zwei Längstheile durchsägt; der Schaft des Knochens, der inneren und hinteren Seite näher liegend bot eine offene Markhöhle dar; von dem Knochen drangen keilförmige, 2 bis 3 C. dicke Ossificationen in verschiedenen Richtungen in die umgebende Neubildung ein, und bildeten eine Art von Knochengerüste; ausserdem fanden sich zahlreiche, zerstreute ossificirte Knoten von ungefähr Wallnussgrösse, namentlich nahe der Oberfläche, bis unter die Haut. Das nicht ossificirte Gewebe hatte die Consistenz und das Aussehen von Faserknorpeln, theils einen gleichmässigen, hyalinen, theils einen fasciculären oder reticulären Charakter darbietend; an einigen Stellen erschien das Gewebe mehr blass, gelblich, weniger resistent, scheinbar einer Erweichung entgegen gehend. Eine genauere histologisch-mikroskopische Beschreibung soll noch nachgeliefert werden.

2. Dr. Kernig berichtet, dass er jetzt eine zweite Familie, bestehend aus Vater, Mutter, 2 Kindern und einer Gouvernante, gesehen hat, die an Trichinose erkrankt ist. Die Symptome stimmen mit denen, die er früher geschildert, überein, die Incubationszeit betrug 14 Tage, 3 Wochen und noch etwas länger. Die Wurst war gekauft bei Steding.

Dr. Wulff hat ebenfalls einen Trichinenkranken in Beobachtung. Am 25. Februar hatte er Schinkenwurst gegessen. Am 21. März fühlte er sich unwohl und am 23. März trat Fieber auf, am 24. März war die Temperatur 39,2, d. Puls 96, dabei Fötor ex ore, aufgetriebener Leib, Verstopfung und das Gefühl von Zerschlagensein. Objectiv nachweisbar noch schwacher I. Herzton, und schwaches Knistern im rechten untern Lungenlappen; ferner das Gesicht geröthet und Oedem aller Augenlider. Verordnet wurde Inf. laxat., worauf 7 Stühle erfolgten und Nachlass des Fiebers bis 38,3—4. Am 4. Tage war die Temp. 37,4 und 38,0, Puls 74, am 5. und 6. Tage ebenso. Am 29. März stieg die Temperatur wieder auf 38,5 und der Puls auf 80. Es wurde wieder ein Abführmittel verordnet und am 30. März ist die Temperatur 37,7 und 37,9. Der Kranke fühlt noch Völle im Leibe und Schmerzen bei jeder Lageveränderung. Zu constatiren ist auch leichtes Oedem über Tibia und Wade. Die Incubationszeit beträgt also 3 Wochen und etwas mehr.

Dr. Kernig constatirt die vollständige Uebereinstimmung zwischen seinen Fällen und dem eben referirten in allen Details, auch das Oedem über Tibia und Wade war gemeinsam; ebenso die Incubationsdauer.

Dr. von Maydell hat über den Wursthändler Hoffmann, bei dem die erste trichinöse Wurst gekauft war in Erfahrung gebracht, dass er im Herbst eine grosse Quantität Schweinefleisch gekauft und gesalzen hat. Die Untersuchung dieses Fleisches hat zu Nichts geführt und verkauft er davon auch in Form von Schinkenwurst seit Monaten, ohne dass man früher von Infectionen gehört hat. Es muss also nicht viel von dem Vorrath schlecht sein. Die Wurst ist übrigens auch nicht ganz roh und daher die Infection nicht sehr hochgradig. Tödtlich verlaufen dort viele Fälle, wo das Fleisch wirklich roh gegessen wird, wie in Mittel-Deutschland.

3. Dr. Lingen fügt zu einem früher von ihm referirten Fall hinzu, dass der Patient seit 2—3 Wochen von seiner Parese der unteren Extremitäten und Schmerzpunkten und Hyperästhesie befreit ist; psychischerseits dagegen besteht die Gedächtnissschwäche fort; anderweitige Geistesstörungen sind nicht vorhanden.

z. Z. Director Dr. Herrmann.
Secretär Dr. Tiling.

Protokolle des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 7. April 1881.

Dr. Höppener stellt einen Kranken vor, an dem er am 12. Mai 1880 wegen einer complicirten Luxatio subtalica externa des linken Fusses, die sich Pat. am 2. April 1880 bei Gelegenheit eines Falles aus dem Wagen, wobei er mit dem linken Fusse in's Rad gerathen war, zugezogen hatte, in Folge der trotz leichter Reposition und Lister'scher Behandlung lange andauernden Gelenkeiterung und starken Beweglichkeit des Talus die totale Exstirpation dieses letzteren vornehmen musste. Nach Entfernung des Talus ging die Heilung präcise von statten; jetzt kann Patient trotz mangelndem Sprungbein recht gut gehen, die Verkürzung des linken Beines beträgt 1/4 Zoll.

Dr. C. Reyher bespricht die Behandlung der chronischen Gelenkentzündungen der Kinder und hebt als wichtigstes Moment dabei die Entlastung des befallenen Gelenks hervor bei Belastung der gesunden Gelenke. Zu diesem Zwecke wendet Ref. die von ihm bereits in einer der früheren Sitzungen vorgelegten Thomas'schen Apparate an. Bei Anwendung dieser Schienenapparate konnte Dr. Reyher mehrfach, gleich nach Anlegung derselben einen Temperaturabfall, unmittelbar nach Weglassung dieser eine Temperaturerhöhung constatiren. Vortragender legt der Gesellschaft diesbezügliche Temperaturcurven vor. Bei frühzeitiger und consequenter Anwendung der Thomas'schen Schienenapparate sollen nicht selten die immerhin misslichen Resectionen umgangen werden können. Zur Bestätigung des oben gesagten stellt Dr. Reyher der Gesellschaft 4 von ihm auf diese Weise mit dem besten Erfolge behandelte Pat. vor, alle 4 Fälle betreffen chronisch-entzündliche Processe des Kniegelenks. Die Thomas'schen Schienen lassen sich übrigens nur bei Affectionen des Knie- und Fussgelenks anwenden, bei Coxitis warnt Ref. vor deren Verwendung.

Ausserdem stellt Dr. Reyher eine kleine rhachitische Pat. vor, deren stark verkrümmte Unterschenkel (Säbelbeine) er durch Anwendung von der äusseren Seite des Unterschenkels genau angepasste Holzschienen, welche vom Knie bis zum Fussgelenk reichend, durch elastische Gummibinden fest den Extremitäten adaptirt werden, im Laufe von 3 Monaten beinahe vollständig corrigirt hat. Zur Nacht werden die Holzschienen abgelegt, welche wie die vorgestellte Kranke zur Evidenz zeigt, trotz langer Anwendung sehr gut vertragen werden. Das Wichtige dieser Behandlungsweise ist, dass der durch die Schienen auf die Extremität ausgeübte Druck auf die ganze Extremität gleichmässig vertheilt wird.

Schliesslich hält Dr. Reyher einen Vortrag über die, seiner Ueberzeugung nach weit häufiger als von anderen Autoren angenommen wird, vorkommende, in vielen Fällen jedoch in ihren Anfangsstadien unerkannt bleibende *Osteomyelitis acuta* oder wie Ref. sie bezeichnet wissen möchte, die *Ostitis profunda*. Vortragender hat im Laufe der letzten 6 Monate 16 Fälle von acuter infectiöser Ostitis klinisch beobachtet und versteht darunter die Krankheit, welche seit Chassaignac als peracute Osteomyelitis bezeichnet wird. Ref. hält es für practisch die mehr centralen von den mehr superficiellen Ostitiden zu trennen oder, falls der Knochen in seiner ganzen Länge und Breite entzündlich erkrankt ist, von einer acuten Parostitis oder Ostitis totalis zu sprechen. Die mit dem Namen der Periostitis belegten entzündlichen Knochenerkrankungen, welche im Cambium der Knochenhaut ihren Anfang nehmen, wobei das eigentliche Periost nur passiv in Mitleidenschaft gezogen wird, möchte Dr. Reyher dem Begriffe der superficiellen Ostitis subsummirt wissen. Die bisher gebräuchliche, klinische Unterscheidung der Knochenerkrankungen in ostitische und osteomyelitische, je nachdem die Erkrankung ihren Sitz im Röhrentheil des Knochens oder in der Spongiosa, in den Epiphysen und kurzen Knochen oder den langen Röhrenknochen hat, hält Ref. für nicht empfehlenswerth. Das klinische Bild ist das gleiche, ob ein centraler Theil der Spongiosa der Oberschenkelenden oder des Talus oder Calcaneus erkrankt ist, und ebenso sind die Erscheinungen dieselben bei entzündlichen Processen im Markcylinder des Oberschenkels oder wenn dieser intact ist und sich der Process in den centralen Lagen der Knochenröhre, dicht am Markcylinder abspielt. Nicht der mehr oder weniger grosse Unterschied im anatomisch-histologischen Verhalten der primär befallenen Gewebe setzt die Besonderheit der klinischen Erscheinungen bei den in Rede stehenden Erkrankungen, sondern nur der tiefe Sitz, die tiefe Lage dieser peracuten Entzündungsprocesse. Sehr lehrreich war in dieser Beziehung für Vortragenden ein Fall von acuter infectiöser Ostitis des Calcaneus, der mit schweren typhösen Erscheinungen (Temp. = 41°,) und ganz umschriebener Schmerzhaftigkeit am Calcaneus einsetzte. Die Allgemeinerscheinungen waren so ungemein drohende wie sie bei einer Osteomyelitis der grossen Röhrenknochen beobachtet werden. Unmittelbar nach der totalen Resection des Calcaneus, der sich vom Centrum bis zur Periostlage eitrig infiltrirt erwies, gingen alle gefahrdrohenden Erscheinungen schnell zurück und genas Pat. in kurzer Zeit. Die oben angeführten, von Dr. Reyher beobachteten 16 Fälle von acuter infectiöser Ostitis vertheilen sich auf die verschiedenen Knochen wie folgt:

2 Erkrankungen des Radius,
2 » des Humerus,

3 Erkrankungen der Fibula allein,
2 » der Tibia allein,
1 Erkrankung der Fibula und Tibia,
1 » des Femur,
1 » des Calcaneus
1 » der Wirbelsäule, und
3 Erkrankungen des Unterkiefers.

In dieser Aufzählung sind somit fast alle Klassen der Knochen vertreten. In 3 Fällen (Fibula, Femur und Calcaneus) handelte es sich um Frühstadien der Erkrankung, in 10 Fällen um Secundärstadien, in welchen es bereits zu Eiteransammlung unter dem Periost, Durchbruch durch dasselbe und zu Knochennecrose gekommen war. Nur in einem Falle (Radius) hatte der Sequester sich schon gelöst (nach 9 monatlicher Krankheitsdauer), in den übrigen Fällen bestand die Krankheit erst wenige Wochen und fieberten die Patienten sehr erheblich. In 3 Fällen endlich handelte es sich um Spätstadien der Erkrankung, wobei sich jedoch in keinem dieser Fälle das gewöhnliche Bild eines, in einer Todtenlade eingeschlossenen Sequesters vorfand, sondern sich alle 3 Fälle der Knochenabscesse auswiesen, welche bis zu 9 und 12 Jahren bestanden, und ihren Trägern die unsäglichsten Leiden verursacht hatten. Von der allergrössten Wichtigkeit ist es wie auch bei allen übrigen Erkrankungen so auch hier, die Krankheit in ihrem Frühstadium zu erkennen und den durch eine rechtzeitige, d. h. frühe Knochenincision (mit Meissel oder Trepan) die Schwere der Allgemeinerscheinungen zu coupiren und somit das Leben des Kranken zu erhalten, oder, wenn dieses noch nicht bedroht, der Knochennecrose oder der protrahirten Eiterung um und in den Knochen vorzubeugen. Die breite Knochenеröffnung hat hierbei nicht nur die Aufgabe, im glücklichsten Falle den inficirten und inficirenden Erkrankungsherd im Knochen zu entfernen, sondern in jedem Falle im Sinne einer *depletorischen Incision* zu wirken, wie wir sie bei jedem beginnenden Panaritium oder Carbunkel üben, um die mit genannten Processen einhergehende und diese begünstigende Blutstase, welche in den zu besprechenden Fällen in Anbetracht der Festigkeit der Knochenröhre noch von besonders schädlicher Wirkung ist, zu beseitigen. Bei einem vor Kurzem so operirten Kranken mit acuter Ostitis des Femur im unteren Drittheil, wobei die Temperatur bis auf 40,2° gestiegen war, wurde der Oberschenkel von beiden Seiten mit 4 Trepankronen eröffnet, quer drainirt, ausgelöffelt, die Weichtheilwunden vernäht und drainirt. Zum Abend fiel die Temp. bis auf 38,1° und ist bisher (10. Tag) nicht über 38,0 gestiegen.

Das Charakteristische für das Frühstadium der acuten Ostitis ist das sehr auffallende Missverhältniss zwischen der scheinbar nur geringfügigen Localaffection und den durch diese gesetzten schweren Allgemeinerscheinungen. Je tiefer der Sitz des primären Erkrankungsherdes im Knochen, um so geringfügiger sind die localen Erscheinungen und um so schwerer das Allgemeinleiden, um so höher das Fieber. Im frühesten Stadium wird die acute Ostitis wie aus dem eben Gesagten erklärlich nicht selten mit Typhus verwechselt, ein Irrthum der für den Kranken von allergrössten Bedeutung werden kann.

Ist die Erkrankung weiter vorgeschritten, so lässt sich wohl in den meisten Fällen constatiren, dass die nunmehr vorhandene entzündliche Infiltration der den primären Herd umgebenden Theile allmählig und gradatim vom Knochen her bis unten, und schliesslich bis in die Haut sich ausgebildet hat. Häufig genug wird dieses Stadium der acuten Ostitis mit Phlegmone, oder Erysipelas verwechselt, wobei freilich der Irrthum nicht von langer Dauer sein kann, da der weitere Verlauf der acuten Ostitis und der beiden ebengenannten Affectionen ganz verschieden ist. Handelt es sich um eine Phlegmone, so wird sich der Process bei hohem Fieber *weiter ausbreiten*, — er wird auf benachbarte Theile übergreifen und sich als ein acut progredienter Process declariren. Liegt eine acuta Ostitis vor, so hat im besagten Stadium der acut infectiöse Process im Knochen bereits abgespielt, die Störungen in den Weichtheilen sind nur Nachzügler desselben, ihnen geht die Intensität der Primäraffection ab, und nur äusserst selten gewinnen sie die Bösartigkeit der acut progredienten Phlegmone. Sie bleiben gewöhnlich auf die Grenzen des primären Krankheitsherdes im Knochen beschränkt. Auch in diesem Stadium stehen die localen Veränderungen scheinbar wenigstens in keinem Verhältniss zur Schwere der Allgemeinerkrankung. Sind bei einem noch weiter vorgeschrittenen Stadium der Erkrankung die Allgemeinerscheinungen weniger hochgradig, hat man es nur mit den Nachstadien, Sequesterbildung, Eiterung, Abscedirung der Weichtheile zu thun, so steht wiederum die Dauer der Eiterung, ihre Productivität, falls es sich um acute Ostitis handelt, nicht im Einklange mit der Ausdehnung und dem Grade der sichtbar entzündeten Weichtheile. Ref. plaidirt in diesem Stadium für die so früh wie möglich auszuführende Sequestrotomie: In solchen Fällen hat Dr. Reyher einen Radius, eine Fibula und eine Tibia in ihrem oberen Dritttheil resecirt. (Ref. demonstirt die einschlägigen Präparate und stellt die Kranken der Gesellschaft vor).

Am grössten ist das Missverhältniss zwischen den local wahrnehmbaren Veränderungen und den zu Tage tretenden Allgemeinerscheinungen bei den Spätstadien der acuten Ostitis, welche seit Brodie mit dem Namen des Knochenabcesses belegt werden. Dabei werden das Periost und die Weichtheile gar nicht oder erst nach langen Jahren (45! Jahre seit Beginn der Erkrankung) in Mitleidenschaft gezogen.

Solche reine Knochenabscesse hat Ref. unter den genannten 16 Fällen 3 beobachtet. Durch zweierlei Momente zeichneten sich diese aus:
1) durch die topische Temperaturerhöhung der Haut im Umkreise des erkrankten Knochens und
2) durch Dissemination kleiner Abscesse im Knochen.

Alle 3 Patienten litten seit Jahren an unerträglichen bohrenden Schmerzen in den erkrankten Knochen. In zwei Fällen fand sich noch Trepanation und Aufmeisselung des Knochens nicht eine grosse Abscesshöhle, sondern eine Anzahl (6—8) Bohnengrosser Abscesse durch den ganzen Knochen zerstreut, so dass in dem einen Falle die beiden unteren Dritttheile der Tibia, in dem anderen Falle die beiden unteren Dritttheile der Tibia und Fibula mit dem Meissel so weit entfernt werden mussten, dass nur eine dünne Corticalschicht des hinteren Umfanges der Knochen nachblieb. Beide Kranke sind vom Tage der Operation schmerzfrei, die Temperatur ist bei Beiden nicht über 37,4° gestiegen. Im 3. Falle handelte es sich um einen Knochenabscess im rechten Humerus. Weil äusserlich nichts nachzuweisen war, war Patient wegen Simulation gestraft worden; durch Trepanation des Humerus, welche einen Theelöffel voll Eiter zu Tage förderte, und nach querer Drainage des Knochens wurde Patient von seinem Leiden vollkommen geheilt. — Dr. Reyher stellt den, den Arm noch im Verbande tragenden Kranken der Gesellschaft vor. — Von allen von Dr. Reyher nach obigen Grundsätzen behandelten Kranken ist einer gestorben. Es handelte sich um acute Ostites der Halswirbel. Der Tod trat in Folge septischer Meningitis cerebrospinalis ein, welche durch die Gefässscheide der Art. vertebralis auf die Meningen und von da auf das Rückenmark verpflanzt worden war.

Dr. Kernig erwähnt im Ausschluss an Dr. Reyher's Vortrag einer elfjährigen Kranken, die er vor vielen Jahren in der Privatpraxis beobachtet hat. Sie hatte starke Leber- und Milzschwellung und starb bereits am 5. Tage. Die Diagnose war von Dr. Moritz gestellt worden, die Section ergab frische Osteomyelitis des linken Oberschenkels. Der Fall ist mitgetheilt im Protocoll dieses Vereins vom 16. December 1869 (Band XVII der St. Petersburger med. Zeitschrift). — Ausserdem erwähnt Dr. Kernig eines Falles bei einem taubstummen Knaben, der mit hohem Fieber und deutlich nachweisbarer Milz- und Leberschwellung aufgenommen wurde und der, da sich in den ersten Tagen nichts anderes an dem Kranken nachweisen liess, auf Typhus behandelt wurde. Im weiteren Verlaufe erwies sich der Fall als eine acute Osteomyelitis des einen Oberschenkels. Patient wurde amputirt und kam mit dem Leben davon.

Dr. Schmitz meint, dass sich die Diagnose derartiger, Typhus vortäuschender ostitischer Erkrankungen, da ja das Bild des Typhus dabei niemals vollkommen vollständig und rein sein könne (es fehlt z. B. die Roseola), durch Abtasten der Knochen, wobei sich entschieden entsprechend dem Sitze des primären Herdes eine mehr oder weniger bedeutende Empfindlichkeit des Knochens nachweisen lassen müsste, richtig zu stellen sei. Dr. Schmitz hält das Abtasten des Knochensystem's nicht für so zeitraubend, als das es sich nicht in jedem verdächtigen Falle anwenden liesse.

Dr. G. Tiling hat die von Dr. Reyher vorgestellte Patientin mit resecirtem Radius früher gesehen, und behauptet, dass sie damals das Bild einer reinen phlegmonösen Periostitis dargeboten habe. Auch meint Dr. Tiling, dass in manchen Fällen von acuter Osteomyelitis der Symptomencomplex ein weniger scharfer als der von Dr. Reyher geschilderte ist. Secretär Dr. Lange.

Tagesereignisse.

— Dr. Levkowitsch, ein sehr bekannter Accoucheur und Frauenarzt unserer Residenz, ist beim Fischfang auf dem Wuoxen oberhalb des Imatra-Wasserfalls ertrunken.

— Der bisherige Vicedirector des Medicinal-Departements des Ministerium des Innern, wirklicher Staatsrath Dr. Mamonow, ist zum Director dieses Departements ernannt worden.

— Am 27. Juni beging der Professor der Chirurgie in Kijew Geheimrath Karawajew sein 50-jähriges Jubiläum. K. bekleidet diesen Lehrstuhl bereits 45 Jahre.

— Das medicinische Professoren-Collegium in Wien hat den Vorschlag der Commission, welche zur Wiederbesetzung des durch Heschel's Tod erledigten Lehrstuhles der pathologischen Anatomie niedergesetzt war, und aus den Professoren Duchek, Braun, Hofmann, Albert und Stricker bestand, mit 10 gegen 6 Stimmen angenommen. Nach diesem Vorschlage der Commission sind Prof. Arnold (Heidelberg), Prof. Kundrat (Graz) und Prof. Eppinger (Prag) die 3 Candidaten, welche dem Unterrichtsministerium vorgestellt werden. Prof. Arlt dagegen erklärte, dass er, gestützt auf die Daten des Referats der Commission, primo loco für Prof. Klebs und sec. loco für den Docenten Dr. Chiari stimmen müsse und ein Separatvotum dem Ministerium unterbreiten werde. Das Referat der Commission erkennt zwar die grossartigen Leistungen des Prof. Klebs, sowie seine Verdienste als Lehrer und Schriftsteller an, führt aber gegen Klebs den Umstand auf, dass er in letzterer Zeit die Sectionen von Professor Eppinger habe machen lassen und sich dadurch von der «groben» pathologischen Anatomie abgewendet haben soll!

— Prof. Hirschberg ist aus der Redaction des «Archivs für Augenheilkunde» ausgetreten und hat seine Stellung in der Redaction Prof. Schweigger übernommen.

Miscellen.

— *Silphiumtinctur.* Die Tinctur des Silphium cyrenaicum, eines angeblich kräftigen Revulsivum und Resolvens, soll mit bestem Erfolge in Fällen von specifischer oder nicht specifischer Intumescenz der Lymphdrüsen local angewandt worden sein; bereits nachweisbarer Eiter konnte noch zur Resorption gebracht werden. Auch bei Behandlung von Geschwüren, Fisteln und Abscessen erweist es nach der «Allg. Wiener med. Ztg.» (№ 17) gute Dienste; atonische Ulcera bedeckten sich schon nach 1—2-maligem Betupfen mit Granulationen.

F—t.

— In der Sitzung der Association française pour l'avancement des sciences vom 14. April 1881 wurde eine Arbeit von Letiévant über *die Einführung des antiseptischen Verbandes* im Hospitale Hôtel Dieu in *Lyon* verlesen, aus der zu ersehen, dass nach der Einführung der neuen Verbandmethode die Mortalität *von 7% auf 4% heruntergegangen* und die gewöhnlichen Complicationen der chirurgischen Leiden geschwunden sind.

P.

(Revue de chirurgie № 6, pag. 507).

— Von dem jüngst verstorbenen Prof. Skoda in Wien wird, wie wir der «Allg. med. Central-Zeitung» entnehmen, erzählt, dass derselbe ein entschiedener Gegner der Resection des Magens wegen Krebs desselben gewesen. «Wenn man mit Sicherheit die Diagnose Magenkrebs machen kann», äusserte Skoda, so ist der Magen und der ganze Mensch schon so krank, dass fast gleichzeitig mit der vollendeten Wundheilung sich auch wieder das Recidiv entwickelt hat. Die Chirurgie hat in den letzten 15 Jahren riesige Fortschritte gemacht und wird noch grössere machen, aber auf dem Wege, den man jetzt einschlagen will, ist er nicht zu finden».

Personal-Nachrichten.

Amtliche.

— *Ordensverleihungen:* Den *St. Annen-Orden 2. Cl.:* Dem stellvertr. Oberarzt des Preobrashenski-Hospitals zu Moskau, C.-R. Dershawin und dem Arzt bei der Petersburger Gouvern.-Verwaltung, C.-R. Marzynkewitsch. Den *St. Stanislaus-Orden 2. Cl.:* Dem Gouvernements-Medicinalinspector von Archangel, St.-R. Reipolski; dem stellvertret. Gouv.-Medicinalinspector von Wologda, St.-R. Ssokolow; dem stellvertret. Gouv.-Medicinalinsp. von Pensa, St. R. Stolz; dem ält. Kreisarzt von Jerwe in Estland, St.-R. Hesse; dem Petersburger Kreisarzt, St.-R. Maliss; dem Kreisarzt von Skopin, St.-R. Schachno; dem Stadtarzt von Pleskau, Falck; dem Ord. der Basmanny-Abtheil. des Arbeiter-Hospitals zu Moskau, St-R. Ssinzow und dem Ord. beim Katharinen-Armenstift zu Moskau, St.-R. Alexandrow.

— *Befördert:* Zum *Wirklichen Staatsrath:* Der ält. Ord. der Abtheilung für Geisteskranke beim Petersb. Nikolai-Militärhospital, Askotschenski, mit gleichzeitiger auf eigenes Gesuch erfolgter Entlassung aus dem Dienst, mit Uniform und der Gehilfe des Gouvernements-Medicinalinspectors von Kursk, Shurakowski. Zum *Staatsrath:* Der Gehilfe des Militär-Medicinalinspectors für Ost-Sibirien, Makrjukow.

— *Ernannt:* Der Vicedirector des Medicinaldepartements, Dr. med. wirkl. St.-R. Mamonow — zum Director dieses Departements; der Directorsgehilfe bei der Heilanstalt der Grossfürstin Maria Alexandrowna, C.-R. Baikow — zum Ehren-Hofmedicus des Hofes Seiner Majestät und der Assistent bei der ophthalmologischen Abtheil. des klin. Militärhospitals, Dr. med. Tichomirow — zum ausseretatm. Beamten des Medicinaldepartements, mit Belassung im Militärdienst.

Vacanzen.

— *Eine Landschaftsarztstelle* im Kreise *Bugurusslan* des Gouvernements *Ssamara* ist vacant. Gehalt 1500 Rbl. jährlich und freie Dienstfahrten. Qualificirte Bewerber belieben ihr Gesuch unter Beifügung der nöthigen Documente dem Kreis-Landschaftsamt von Bugurusslan einzusenden.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 12. Juli 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	859	351	1210
Alexander- «	606	163	769
Kalinkin- «	—	444	444
Peter-Paul- «	369	173	542
St. Marien-Magdalenen-Hospital	162	73	235
Marien-Hospital	300	284	584
Ausserstädtisches Hospital	498	148	646
Roshdestwensky-Hospital	51	16	66
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	380	133	513
6 zeitw. Hospitäler	830	134	964
Ausschlags-Hospital	7	10	17
Summa der Civilhospitäler	4062	1928	5990
Nikolai-Kinder-Hospital	26	27	53
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	60	54	114
Elisabeth-Kinder-Hospital	11	15	26
Summa der Kinderhospitäler	97	96	193
Nicolai-Militär-Hospital	484	14	498
Ssemenow'sches Militär-Hospital	145	—	145
Kalinkin-Marine-Hospital	192	—	192
Gesammt-Summa	4980	2038	7018

Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	1870	548	2418
Scarlatina	4	13	17
Variola	11	6	17
Venerische Krankheiten	467	443	910

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 5. Juli bis 12. Juli 1881 besucht von 2826 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1237.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs

für die Woche vom 28. Juni bis 4. Juli 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 723 (Todtgeborene 30). Mortalität der Woche für das Jahr berechnet 56,13 p. M.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
469	254	723	142	52	64	12	6	44	107	105	69	56	42	15	1	8

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 44, Typh. abd. 28, Febris recurrens 43, Typhus ohne Bestimmung der Form 12, Pocken 5, Masern 6, Scharlach 6, Diphtheritis 13, Croup 1, Keuchhusten 5, Puerperalkrankheiten 3, Dyssenterie 4, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 11.

— Gehirnapoplexie 10, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 23, andere Gehirnkrankheiten 24, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 26, acute Entzündung d. Athmungsorgane 46, Lungenschwindsucht 122, andere Krankheiten der Brustoberfläche 18, Gastro-intestinal-Krankheiten 138, andere Krankheiten der Bauchhöhle 19, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 40, Marasmus senilis 16, Cachexia 33.

— Tod durch Zufall 9, Selbstmord 7, Mord 1.

— Andere Ursachen 10.

Adressen von Krankenpflegerinnen.

Anna Karlowna Mordwin, у Чернышева моста, № 68, кв. 5.
M. Jakimowa, Гороховая, № 77, кв. 15.
Elis. Iwan. Njemtschinowa, На Пескахъ, 7 улица, № 8, кв. 4.
Amalie Schulz, На углу Вознесенскаго и Екатерингофскаго просп., д. Лихачева, № 37/6, кв. 37.
Frl. Helena Fedorowna Stepanenko (Hebamme u. barmherz. Schwester), Почтамтская ул., № 11, кв. 17.
Аполинарія Егоровна Щепоткина (Hebamme) Новая ул., № 11, кв. 28.
Frl. Rasmussen, Обводный каналъ (на углу Измайловскаго просп.) № 21, кв. 30.
Frl. Nürnberg, Мал. Конюшенная, № 1/3, кв. 50.
Frau Eurich, На углу М. Итальянской и Эртелева пер., д. кн. Масальской, № 1/12, кв. 19.
Elisab. Karlowna van der Vliet (Hebamme und Krankenpflegerin) На углу большой Мастерской и Торговой улицъ, д. № 11/7, кв. 10.
Frau A. Jordan, Введенская ул., д. Зонтикова, кв. № 2.
Anna Andrejewna Bitt, Свѣчной переулокъ, д. № 8, кв. 10.
Anna Nikolaewna Nikolaewa, у Пустаго рынка, Рыночная ул., д. Пыльнева № 8, кв. 5.
Elis. Wass. Ospitschewa, Невскій просп. д. № 110, квар. № 11.
Caroline Krause, Измайловскій полкъ, 3 рота, домъ Общества дешев. кварт., № 7, комн. № 90.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 17 Іюля 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh., Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (furs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

ST. PETERSBURGER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg, Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 30. St. Petersburg, 25. Juli (6. August). 1881.

Veränderungen an den Lymphdrüsen beim harten und weichen Schanker.

Vorläufige Mittheilung
von

Obraszow.

Aus dem pathologisch-anatomischen Cabinet von Prof. N. P. Iwanowsky.

Der von der Mehrzahl der Autoren für den beim harten Schanker in den Lymphdrüsen sich abspielenden Process gebrauchte Ausdruck «Hyperplasie» entspricht durchaus nicht dem Bilde, welches die bei primärer syphilitischer Sclerose in den Lymphdrüsen beobachteten Veränderungen darbieten. Zur genaueren Erforschung des Processes nahmen wir bei hartem und bei weichem Schanker Lymphdrüsen und untersuchten dieselben. Wir entnahmen die Lymphdrüsen auf operativem Wege der Leistengegend von lebenden Patienten. Eine genaue Beschreibung unserer Untersuchungen uns vorbehaltend, wollen wir jetzt hier nur vorläufig auf die wichtigsten Ergebnisse unserer Forschungen hinweisen.

Veränderungen an den Lymphdrüsen bei primärer syphilitischer Sclerose:

1) Die Drüsenkapsel und die von derselben ausgehenden trabekelartigen Fasern zeigen eine starke Entwickelung wie in der Corticalsubstanz so besonders auch in der Medullarsubstanz der Drüse.

2) Das zarte reticuläre Gewebe der Drüse bietet ebenfalls eine erhebliche Verdickung seiner Fasern dar, wobei die Kerne der Endothelzellen und die Zellen selbst vergrössert erscheinen.

3) Die Lymphkörperchen erfüllen reichlich die Follikel der Drüse, sowie auch die Lymphsinus, und bedecken ziemlich dicht die Trabekel. Unter normal grossen Zellen finden sich nicht wenige vergrösserte, zwei bis drei Kerne enthaltende Zellen, sowie durchweg granulirte Zellen ohne sichtbaren Kern. Diese aufgequollenen Zellen finden sich grösstentheils in den Lymphsinus und Trabekeln.

4) Die Wände der Blutgefässe in den Lymphdrüsen erscheinen verdickt; die die Innenfläche der Intima auskleidenden Endothelzellen sind in ihrem Umfange vergrössert und verengen die Gefässe, indem sie in das Lumen derselben hineinragen.

5) In den Lymphdrüsen und Gefässen der Drüsen finden sich meist in Gruppen oder Colonien liegende feinkörnige Bacterien (Kugelbacterien (Cohn) oder Mikrococcen (Billroth).)

Die Veränderungen der Lymphdrüsen beim Ulcus molle lassen sich vor allem zurückführen 1) auf eine Hyperplasie der Lymphzellen mit recht stark ausgesprochener Anschwellung und körniger Beschaffenheit derselben.

2) Die Blutgefässe zeigen eine stark ausgeprägte Hyperämie und Infiltration ihrer Wandungen mit farblosen Blutkörperchen; die in das Gefässlumen hineinragenden Endothelzellen zeigen eine unzweifelhafte Anschwellung und körnige Degeneration.

3) Das die Grundlage der Follikel bildende reticuläre Gewebe und ebenso auch das fibröse Gewebe der Trabekeln bieten keinerlei Veränderungen dar.

4) In schankrösen Lymphdrüsen kommen ebenso wie auch in dem syphilitischen feinkörnige Parasiten vor (Mikrococcus (Billroth)), aber sie liegen hier nicht ausschliesslich in Gruppen zusammen, sondern finden sich auch zerstreut zwischen den Lymphzellen und in denselben, wodurch auch die Anschwellung der letzteren bedingt wird.

Kleinere chirurgische Mittheilungen.

Von
Wilhelm Koch
in Dorpat.

Unterbindung der Unterschenkelgefässe.

(Schluss).

Des Genaueren handelt es sich hier um folgende Verhältnisse. Der Soleus hat bekanntlich ein hinteres (oberes) dem Gastrocnemius nachbarliches und ein viel derberes vorderes Sehnenlager, welch' letzteres den tiefen Unterschenkelmuskeln der Beugeseite nahe kommt, ohne dieselben zu berühren. Zwischen beiden Blättern liegt die Hauptmasse der Muskulatur des Soleus und für unsere Zwecke ist zu wissen wichtig, dass das tiefere Blatt einerseits an die innere Tibiakante sich ansetzt, andererseits an der Stelle, an welcher oberer und innerer Soleusrand gegen einander kommen, ziemlich derbe gradlinige Sehnenbündel über die schräg nach unten innen gerichteten Sehnenfäden des Musc. popliteus hinauf bis zum Gelenkkopf der Tibia sendet, deren Abkunft augenfällig wird, so wie man den Soleus durch Verziehen nach unten zur Spannung bringt. Etwas unterhalb der Linea obliqua tibiae schieben sich nun zu den Sehnenfasern des Popliteus und des Soleus, sowie zu dem Anfangstheil der unteren Sehnenplatte des Soleus auch die oberen jener sehnigen Ausbreitungen hin, welche dem M. flexor digitorum und dem Tibialis posticus angehören. Man kommt also im Bereich von 7—13 Ctm. unterhalb der Kniegelenkspalte von der inneren Tibiakante aus in ein Gewirre von sehnigen Elementen, die gerade so zu durchschneiden, dass man auf die hintere (Waden-) Fläche des Musc. tibialis posticus und die hier belegene Arterie stösst, mehr vom Zufall als von der anatomischen Schulung des Arztes abhängen möchte.

Etwas tiefer — in der ganzen oberen Hälfte des mittleren Schienbeindrittels — wird der Weg über den Flexor digitorum zur Arterie in anderer Weise erschwert.

Jener Theil des tiefen Sehnenlagers des Soleus, welcher an die Tibiakante tritt, liegt der Muskulatur des Flexor digitorum nicht direct auf, sondern dient, bis zur Mitte der Wade wenigstens, einer dünnen dem Soleus durchaus zugehörigen Muskelschicht zum Ursprung, deren nach innen leicht convex ausgeschweifte Fasern sich ebenfalls bis hart zur inneren Tibiakante vorschieben, mit welcher sie durch kurzfaseriges Bindegewebe verknüpft sind. Dieses Muskelstratum ist nun ausserordentlich schwierig von demjenigen des Flexor digitorum zu unterscheiden. Es lagert sich der eigenen Muskulatur des letzteren gerade medialwärts desswegen innig an, weil die den Flexor deckenden Sehnenfasern in der oberen Hälfte des Muskels wenigstens, nicht bis zur Tibiakante reichen, sondern nur seinen zwei äusseren, fibularen Drittel überkleiden.

Hiernach stellen sich, wenn man etwas hinterwärts von der inneren Tibiakante nach der Tiefe dringt, ausser der Fascia cruris und dem Rande des Gastrocnemius die folgenden Theile dar. Zunächst die Hauptmasse der Muskulatur des Soleus; sie pflegt die Tibia nach innen zu überragen. Dann der der Tibiakante innig anhängende innere Rand des tiefen Sehnenblattes des Soleus. Darauf folgt das tiefste dem Soleus zukommende Muskellager, ebenfalls in knapper Anlagerung an den medialen Tibiarand und an dieses schliesst sich sofort die Muskelfaserung des Flexor digitorum an. Wie man, namentlich bei Infiltraten, sicher in diese beiden zuletzt genannten Schichten hineinkommen will, vermag ich nicht anzugeben, sintemalen das Stromgebiet der Vena saphena hier aus zwei, bei varicoser Entartung sogar aus drei und vier einzelnen Stämmen neben einander besteht, deren Querverbindungen kaum geschont und ohne Blutung aus dem Wege geschoben werden können. Ich habe in meinen Operationscursen, deren ich in Dorpat bisher 23 gab, dieses Verfahren mindestens 70 Mal üben lassen und habe eigentlich nur in Ausnahmefällen bestimmte Rechenschaft über die Stelle geben können, welche dem Zwischenraume zwischen Soleus und Flexor digitorum entsprach. Geräth man aber in die Muskulatur des Flexor, so ist es mit der Sicherheit der Technik vorbei, das Spatium interosseum kann von hieraus gar leicht gerissen und so selbst die Tibialis *antica* hervorgeholt werden.

Ziemlich dieselben Fatalitäten können sich auch geltend machen, wenn man, statt von innen her, nach der Guthrie-Pirogow'schen Methode zur Tiefe dringt. Die unterste Schicht des Soleus vom Flexor zu unterscheiden ist mir um so schwieriger erschienen, je dicker die Muskulatur der Wade war.

Alle diese Uebelstände veranlassen mich mit dem Rath zu kommen:

Die grossen Gefässe der Hinterfläche des Unterschenkels, soferne man sie in ihrer **oberen** *Hälfte aufzusuchen hat — die Arteria tibialis postica genau wie die Peronea, — von der Aussenseite her anzufassen; die Operation auf die Tibialis postica von innen her ganz aufzugeben.*

Wie das in der Höhe des Köpfchens der Fibula geschieht, habe ich vorhin besprochen.

Unterhalb jenes Köpfchens bis hinab zum zweiten Drittel des Unterschenkels würde man aber den Spalt zwischen M. peroneus longus und Soleus aufzusuchen und den äusseren Theil des Soleus von der hinteren Fläche und der hinteren äusseren Kante der Fibula abzulösen haben. Sofort danach wird der Soleus auf breiten Wundhacken nach oben innen verzogen und so der Raum zwischen Soleus und Tibialis posticus zum Klaffen gebracht. In ihm liegen näher zur Fibula die Arteria peronea, einwärts davon die Art. tibialis postica; beide können in Folge des Zuges, welcher am Soleus ausgeübt wird, von ihrer natürlichen Unterlage, dem Musc. tibialis posticus recht beträchtlich abgehoben werden. Die fast absolute Sicherheit in dieser Weise beide Gefässe auf einmal darzustellen, ist dadurch gegeben, das hier oben an der Fibula jenes zweite Muskelsehnenstratum fehlt, welches innen aus dem Musculus popliteus, den zusammenstossenden sehnigen Theilen des M. popliteus, Soleus, Flexor digitorum und Tibialis posticus, endlich ein wenig weiter unten aus dem Muskelkörper des Flexor digitorum besteht. So lange man Sehnen- und Muskelfasern an der *hinteren* Fläche der Fibula sieht, schneidet man sie durch, ohne im geringsten der Gefahr sich auszusetzen, ein anderes Gebiet als das des Soleus zu verletzen.

Das Fehlen eines zweiten Gewebelagers unterhalb des Soleus lässt sich nun auch dazu benutzen, die Art. tibialis postica in der oberen Hälfte des zweiten Drittels, also bis zur Mitte des Unterschenkels etwa, von aussen her mit Sicherheit darzustellen.

Es ist nicht richtig, dass der Flexor hallucis am Ende des ersten Drittels, also etwa 13 Ctm. unterhalb der Gelenkspalte anhebt, vielmehr schiebt sich sein Kopf durchschnittlich erst 2—3 Ctm. weiter abwärts zwischen Fibula und Soleus ein, wie ich auf Grund einer Reihe von Messungen behaupten darf. Zudem deckt ein derbes Sehnenstratum, welches sehr leicht vom Soleus sich abgrenzen lässt, diesen Flexor an seiner gesammten hinteren (oberen) Fläche, nicht wie beim Flexor digitorum bloss zwei Dritttheile derselben von rechts nach links gerechnet: hierzu käme, dass ein Hautschnitt, welcher in der Ebene der Unterschenkelmitte nach der Tiefe zu führen hat, doch so gelegt werden muss, dass sein Anfangstheil dem oberen Drittel des Wadenbeins sich nähert. Dringt man aber in diesem oberen Theil der Wunde zuerst vorwärts, so würde man des Flexor hallucis sich ebenfalls erwehren können, noch an einer Stelle operiren, an der allein Soleus mit der Fibula in Beziehung steht. Es genügt ihn nach seiner Abtrennung vom Knochen stark anziehen zu lassen, um zu sehen, wie in der unteren Hälfte der Wunde ohne jede weitere Zuthat der natürliche Spalt zwischen Flexor hallucis und Soleus sich darstellt.

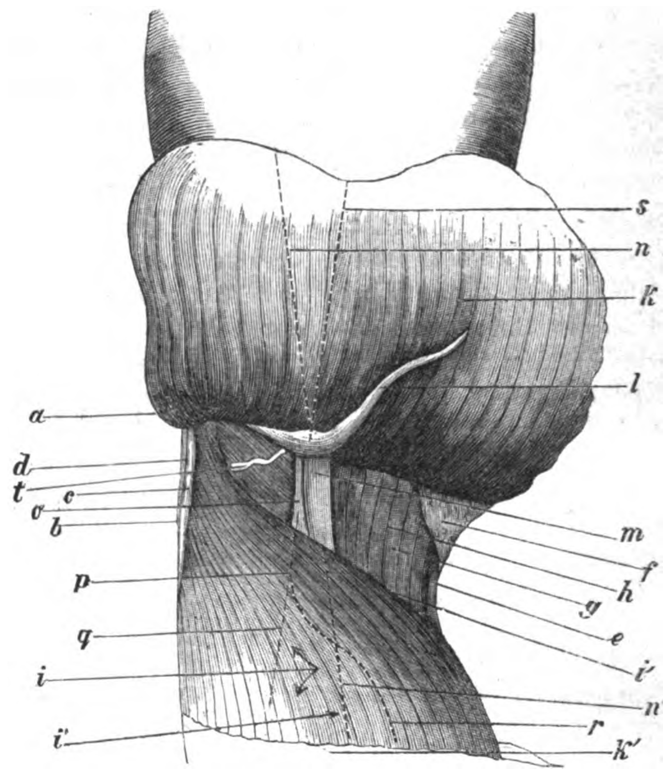
Gegen das Princip von aussen her über die Peronea zur hinteren Tibialis zu gelangen, können nun zwei Einwände erhoben werden; zunächst der, ob es möglich sei die äusseren Theile des Soleus so sicher darzustellen, wie es innen in der That der Fall ist.

In dieser Beziehung bitte ich der hinteren äusseren Kante der Fibula die Aufmerksamkeit zuzuwenden. Man kann sie selbst bei wassersüchtiger Infiltration des Unterhautbindegewebes sicher abtasten, in besonders schwierigen Fällen nach Vollführung des Hautschnittes jedesmal dem Finger zugänglich machen. Von dieser Kante zieht zwischen Soleus und Peroneus longus eine ziemlich derbe Membran gegen die Hautoberfläche; da wo sie mit der Fascia cruris zusammenstösst entsteht ein langer schmaler fibröser Streif, welcher die Grenze zwischen den beiden Muskeln deutlich anzeigt. Schneidet man ihn ein, so führt die Membran auf die fibulare Kante, somit auf den äusseren Ansatz des Soleus in einem mit Fettbindegewebe erfüllten Raum, vor welchem der Peroneus lagert. Seine Fasern erscheinen nach vorn concav, so dass sie also im Bogen vom Wadenbein zur Vorderfläche des Unterschenkels und zum Fuss gerichtet verlaufen, während der Soleus nach vorn hin convexe, in grossem Bogen angeordnete Muskelbündel zeigt.

Wie verhält es sich aber mit der Arteria tibialis postica in ihren Beziehungen zur Fibula? muss die Wunde nicht gar zu tief ausfallen, soll sie anders das Gefäss deutlich erkennen lassen?

Der Nervus tibialis und die Arteria poplitea vollführen in der Kniegelenksgegend eine Kreuzung, da die Arterie vom Adductorenschlitz also von der Innenseite des Oberschenkels, der Nerv ohngefähr geradlinig vom Foramen ischiadicum zur Mitte zwischen den Femurcondylen hinabsteigt. Der Ort der Kreuzung entspricht ziemlich genau der Kniegelenkspalte und es werden demnach oberhalb derselben Arterie und Nerv ein schmales mit der Spitze gegen die Fusssohle gerichtetes Dreieck bilden, dessen äusseren Schenkel der Nerv vorstellt. Unterhalb der Linea articularis posterior kehrt sich dieses Verhältniss um; es entsteht ein mit der Spitze nach oben schauendes noch schmäleres Dreieck, dessen äussere Seite zunächst durch die Poplitea, dessen innere durch den Nerv. tibialis gebildet wird.

Vergleichende Messungen zeigen nun, dass der Arterienschenkel dieses unteren Dreiecks durchschnittlich $5\,^1/_2$ Ctm. unter der Gelenkbeuge in seine beiden bekannten Zweige zerfällt, deren einer, der äussere, als geradlinige Fortsetzung der Art. poplitea erscheint; dies ist die Arteria peronea. Im Bogen nach unten und innen geht von ihr die Tibialis postica ab, so zwar, dass sie zunächst genau wie die Peronea auswärts von dem Nerv. tibialis, dann unter demselben, dann einwärts von ihm zu liegen kommt. Dieses Abschwenken der Tibialis zur inneren Seite des Nerven geschieht etwa $1^1/_2$—2 Ctm. unterhalb der Theilungsstelle der Art. poplitea. Der nachstehende Holzschnitt erläutert diese Verhältnisse in halbschematischer, aber in Bezug auf die Maasse ganz correcte Weise.



Linke Fossa poplitea in ihren unteren Theilen von hinten her aufgedeckt ($^1/_2$ Grösse).

a) Der hintere Gelenkspalt — Linea articularis genu posterior.
b) Capitulum fibulae.
c) Nervus peroneus.
d) Ligamentum laterale genu externum.
e) Innere Kante der Tibia.
f) Sehnenausbreitungen des Pes anserinus zur Tuberositas tibiae sich umschlagend.
g) Musculus popliteus mit seinen feinen von oben aussen nach unten innen ziehenden Sehnenfäden.
h) Gröbere Sehnenbündel vom freien Rande des Musculus soleus zur hinteren Kniegelenkskapsel hinaufziehend.
i) Musculus soleus; *i'* freier oberer Rand desselben.
k) Durchschnittener und nach oben umgeschlagener Gastrocnemius (sein unteres Ende bei *k'*).
l) Musculus plantaris mit seiner Sehne ebenfalls nach oben verzogen.
m) Nervus tibialis.
n) und *n'* punktirte Linien, welche die Verlaufsrichtung des Nerv. ischiadicus und tibialis andeuten.
o) Unteres Stück der Arteria poplitea.
p) Bruncus tibio fibularis sich theilend in:
q) Arteria peronea und
r) Arteria tibialis postica. Das Verhältniss der Achsen dieser Gefässe zum Nervus tibialis ist räumlich genau angedeutet.
s) Verlaufsrichtung der Arteria poplitea zum Adductorenschlitz.
t) Kleiner der Ursprungssehne des Soleus eng anliegende Zweig aus der Poplitea.

Da nun der Nerv ziemlich die Mitte zwischen Tibia und Fibula einhält, die Arteria poplitea und der Anfangstheil des Truncus tibio-fibularis auswärts von ihm liegen, werden bei allen Operationen bis zu 7 Ctm. unterwärts von der Linea articularis die uns interessirenden Gefässe leichter von aussen als von innen her zu erreichen sein. Von dieser Stelle an abwärts aber liegt die Arteria tibialis postica näher zur Tibia und zwar in um so ausgesprochnerem Grade, je mehr man den Malleolen sich nähert. Indessen erwachsen, da ich nur die obere Hälfte des Unterschenkels für mein Verfahren geeignet halte, aus dieser Verlaufsweise zu Ungunsten der fibularen Seite Differenzen von nur einem, — weiter unten von höchstens 2 Ctm. Ich kann versichern, dass trotz derselben auch der Anfänger das Gefäss sicher darzustellen vermag, falls man nur dafür sorgt, dass der Soleus ordentlich emporgehoben werde.

Dieser um ein Weniges versteckteren Lage der Arterie gegenüber hat aber meine Methode einen anderen grossen Vorzug.

Es wird bei subcutanen und complicirten Friedensfracturen, ebenso bei Schussverletzungen des oberen Drittels häufig grosse Schwierigkeiten haben des Genaueren zu bestimmen, ob die Tibialis postica, oder die Peronea oder gar die Tibialis antica vor ihrem Eintritt in die Membrana interossea die Quelle der Blutung ist. Denn der Nachweis des Fehlens der Pulsationen in der einen oder anderen Tibialis schliesst natürlich nicht aus, dass gleichzeitig die Peronea geschädigt wurde, wie andererseits der Puls in der Tibialis postica nicht mit Sicherheit in dem Sinne der Unverletztheit dieses letzteren Gefässes benutzt werden kann. Die collateralen Verbindungen zwischen ihm und der Femoralis sind so ergiebige, dass ich z. B. eine halbe Stunde nach Durchschiessung der Arteria und Vena femoralis im Adductorenschlitz die Pulsationen hinter dem Malleolus in ungeschwächter Deutlichkeit habe nachweisen können. Bei meiner Operationsweise wird es möglich sein, immer beide Gefässe des Truncus tibio-fibularis zu revidiren, insofern als sich sofort nach Ablösung des Soleus die Peronea und erst einwärts von ihr die Tibialis postica stellt. Auch dürfte es so ohne Schwierigkeit gelingen, zu gleicher Zeit das Wurzelstück der Tibialis antica in Untersuchung zu nehmen.

Resumirend hebe ich also noch einmal hervor, dass *bei allen Verletzungen der oberen Hälfte des Unterschenkels, bis hinab auf 18 oder 19 Ctm. von der Kniegelenkspalte, die hinteren Gefässtämme, falls deren Unterbindung geboten erscheint, von* **aussen** *her freizulegen sind.*

Unterhalb der Mitte ist die Tibialis postica von innen, die Peronea von aussen her darzustellen. Zum Zweck der ersteren Unterbindung den Soleus nach der Pirogow'schen Vorschrift sagittal zu durchschneiden, scheint mir unnöthig, da es ohne grosse Schwierigkeit gelingt, den natürlichen Spalt zwischen Flexor digitorum und Soleus aufzufinden. Man fühlt in ihm schon sofort nach Trennung der Fascia cruris den Nerven, ohne dass man die Muskelbäuche auseinanderzuzerren brauchte, und dem Nerven liegt ja die Arterie dicht an. Da aber der Muskelbauch des Flexor verschieden dick ist, empfiehlt es sich hier à la Lisfranc den Hautschnitt etwas schräg zur Achse des Gliedes zu legen, so dass man zur Noth die Ränder des Gastrocnemius, Soleus und des Flexor hintereinander dem Gesichte zugänglich macht.

Mit ein Paar Worten bemerke ich noch, dass im Thierexperiment wie an der Leiche, es mir bequemer vorgekommen ist, das obere Drittel der Arteria tibialis antica von der äusseren Tibiafläche her, als von einem Schnitt aus freizulegen, welcher zwischen die Muskelbäuche der Extensoren hindurchgeführt wird. Solche Muskelschnitte bluten sehr, stören also die Sicherheit falls man ohne Esmarch'sche Leere zu operiren gezwungen ist. Dagegen ist der Musc. tibialis anticus mit dem Periost der Tibiaaussenfläche nur durch ganz lockeres, gefässarmes Zellgewebe verbunden. Dieses kann man stumpf zerreissen und fast ohne Blutung bis auf die Membrana interossea kommen, sobald die Extensoren mit breiten stumpfen Hacken stark fibularwärts verzogen werden. Schlitzt man nun noch die Membrana interossea, so gelingt es auch die Nutriens tibiae in eleganter Weise darzustellen.

Dorpat, im Mai 1881.

Ueber die heute geltenden Hauptgrundlagen unseres Militär-Sanitätswesens und die Grundzüge für eine eventuelle Radicalreform desselben.

Vortrag, gehalten am 11. November 1880 im allgemeinen Verein St. Petersburger Aerzte.

Von

Dr. Köcher.

Der Vortrag, für welchen ich mir erlaube einige Minuten Ihre Aufmerksamkeit in Anspruch zu nehmen, beschäftigt sich mit den heute geltenden Haupt-Grundlagen der Organisation unseres *Militär*-Sanitätswesens und den Grundzügen für eine eventuelle rationelle Radicalreform desselben.

Bevor ich zur Besprechung des eigentlichen Themas übergehe, möchte ich in einigen Worten auf die gegen früher gänzlich veränderten Beziehungen hinweisen, welche heutzutage zwischen dem Militär-Sanitätswesens und der ganzen Nation bestehen; auf die Coïncidenz der Interessen beider Theile und die Wichtigkeit derselben in nationalökonomischer Hinsicht.

Den meisten der hier anwesenden Herren werden meine eingehenden Ausführungen über diesen Gegenstand aus der Wochenschrift erinnerlich sein.

Ich kann im Anschluss an dieselben hier also nur kurz das Nothwendigste erwähnen, und das wäre etwa Folgendes: Das Gesetz vom 1. Januar 1874, d. h. die Einführung der allgemeinen Wehrpflicht, hat die natürliche Folge gehabt, einen innigen Zusammenhang zu schaffen zwischen den Sanitätseinrichtungen unserer Armee und den directen Interessen der ganzen Nation, welcher bis dahin *nicht* vorhanden war.

Früher wurde die Armee bekanntlich aus den sogenannten rekrutenpflichtigen Ständen zusammengesetzt und ergänzt, und ausserdem noch die wirthschaftlich unbrauchbaren Elemente der Nation mit Vorliebe unter die Soldaten gesteckt. Es waren demnach nur einzelne Stände, welche ihre Glieder zu Soldaten hergeben mussten und zudem war die Dienstzeit in jener Periode bei uns eine so lange, dass der einzelne Mann bei seinem eventuellen Rücktritt aus dem activen Soldatenstande, höchstens nur ausnahmsweise und ganz bedingt, meist aber ganz und gar nicht weiter wirthschaftlich für den Staat in Betracht kam. Das Wohl oder Wehe der Soldaten jener Zeit, berührte die Nation gar nicht oder doch nur theoretisch; ein directes Interesse mindestens *weiterer* Kreise für diesen Gegenstand lag nicht vor. Die Armee stand vollständig abgeschlossen für sich da, denn gemeinsame Interessen mit der übrigen Bevölkerung hatte sie nicht. Wer einmal Soldat geworden, war gewissermaassen als todt zu betrachten, denn er kehrte entweder garnicht, oder nach einigen 20 Jahren als Invalide oder Krüppel zurück. In der Armee selber hatte man für den Soldaten auch nur solange Interesse, als er gesund und kräftig, allen grossen Anstrengungen des Dienstes, resp. des Krieges gewachsen war. Krank oder verwundet wurde er als eine Last betrachtet, welcher man sich mit dem möglichst geringsten Kostenaufwande zu entledigen bestrebt war, unbekümmert darum, in wieweit dies seinem körperlichen Wohle oder sonstigen persönlichen Interessen entsprach oder nicht. Die humane Richtung *unserer* Tage war jener Zeit fremd; galt es doch sogar officiell als Strafe, unter die Soldaten abgegeben zu werden. *Erklärt*, aber nicht entschuldigt wurde das durch den Hinweis darauf, dass die

Glieder der Armeen ungebildete, unproduktive Elemente von geringem wirthschaftlichem Werthe seien. Mit wie viel Recht oder Unrecht man die Heere früherer Zeiten auf dieser Grundlage mit Vorliebe als Kanonenfutter betrachtete und bezeichnete, — dies haben wir an dieser Stelle nicht zu untersuchen, sondern begnügen uns damit, zu konstatiren, dass es thatsächlich der Fall war. Seit Einführung der allgemeinen Wehrpflicht liegen die Sachen indess wesentlich anders. Wir haben ein Volksheer, welches neben dem Bauern und Kleinbürger auch alle gebildeten und productiven Elemente der Nation in seinen Reihen zählt. Unsere militärische Kraft repräsentirt zugleich die Blüthe der physischen Kraft des ganzen Landes, welches dieselbe nur auf eine kurze Zeit der Armee leiht. Aus diesem Grunde hat der Umfang und die Güte der Einrichtungen unseres Militärsanitätswesens jetzt Interesse für die ganze Nation. Hat doch eben fast jede Familie ihre Angehörigen bei den Fahnen, während eines Krieges also auch im Felde, und die Erhaltung der Gesundheit und des Lebens all' dieser Landeskinder hängt wesentlich von den Sanitätseinrichtungen der Armee ab. Abgesehen also von der Humanität, abgesehen selbst von dem militärischen Bedürfniss, bestehen dadurch für jeden Staat, der die allgemeine Wehrpflicht eingeführt, zwingende Beweggründe, ein *gutes* Militär-Sanitätswesen einzurichten und zu unterhalten; das ist eben die nothwendige staatswirthschaftliche und moralische Consequenz der allgemeinen Wehrpflicht. Je besser die Sanitätseinrichtungen sind, je näher sie dem Ziele der höchsten Leistungsfähigkeit kommen, desto eher auch machen sich ihre Vorzüge bezahlt, desto mehr belohnen sie sich; je weiter sie von diesem Ziele abstehen, desto mehr bestrafen sich ihre Mängel, denn diese üben schwere Rückschläge aus, nicht etwa *nur* auf die Wehrkraft und Schlagfertigkeit der Armee, sondern auch auf die Arbeitskraft der Bevölkerung. Aus der Bevölkerung verjüngt sich die Armee fortwährend und eben in diese Bevölkerung kehren ihre Elemente nach abgeleisteter, höchstens 6jähriger Dienstzeit beständig zurück. Der gegen früher ungleich höhere Werth des Individuums, des einzelnen Soldaten, wird also nicht *nur* durch die höhere Bildung der productiven Elemente der Nation bedingt, sondern ebensosehr durch den Umstand, dass jeder ausgediente Soldat noch Jahre hindurch eine Rolle als Arbeitskraft im Staatsleben zu spielen berufen ist.

Aus diesen verschiedenen Momenten folgt denn auch die früher nicht vorhandene Identität der Interessen des Staates, der Armee und der Nation, folgen die veränderten Gesichtspunkte, von welchen aus heut zu Tage alles betrachtet werden muss, was das Militär-Sanitätswesen betrifft. Hat dasselbe doch nicht mehr einzig Bedeutung für den im Verhältniss zur ganzen Nation — *engen* Militär-Kreis; heute ist es ein Gegenstand von eminenter Wichtigkeit, von hohem Interesse für alle Kreise der Nation, für die ganze Bevölkerung des Reiches, und leider noch lange nicht allen Schichten derselben ist es klar zum Bewusstsein gekommen, *wie* sehr es sie angeht. Es ist unschwer vorauszusehen, dass nach Einführung der allgemeinen Wehrpflicht wir uns nicht erlauben dürfen, lange *ohne* Berücksichtigung der aufgeführten Momente zu wirthschaften, weil bei der grossen räumlichen Ausdehnung unseres Reiches und seiner dünnen Bevölkerung wir uns dann nur zu leicht auf eine erhebliche Einbusse an Arbeitskräften gefasst machen müssten. Diese Erwägungen, d. h. also, die Erwägungen über die Wichtigkeit des Gegenstandes, haben mich veranlasst, selbst auf die Gefahr des Vorwurfs der Wiederholung hin, diese Bemerkungen auch heute meinem Vortrage vorauszuschicken. Sind es doch Umstände, welche im Interesse der Sache so oft und so lange wiederholt werden müssen, bis sie *die* Würdigung finden, welche ihnen in staatswirthschaftlicher Beziehung zukommt.

Nach vorstehenden Ausführungen liegt es nahe, dass die heute geltenden Hauptgrundlagen der Organisation unseres Militär-Sanitätswesens kein untergeordnetes Interesse für uns haben können. Sehen wir zu, welches dieselben sind, welcher Zeit sie entstammen und wie weit sie den Anforderungen der Jetztzeit entsprechen. Ich will Sie, m. H., nicht mit zu vielen Details über diesen Gegenstand ermüden, sondern vielmehr versuchen, in wenigen Strichen ein Bild der Sachlage zu geben — und zwar an der Hand des darüber vorhandenen historischen Materials, welches wohl am vollständigsten im berühmten Werke des preussischen Generalstabsofficiers, des verdienstvollen Majors Emil Knorr gesammelt ist, sowie auf Grundlage der bestehenden Organisation.

Es muss zunächst constatirt werden, dass die Herrscher Russlands seit Kaiser Alexander dem Ersten dem Militär-Sanitätswesen unausgesetzte Aufmerksamkeit und Fürsorge gewidmet haben. Um mit Emil Knorr zu reden, hat Kaiser Alexander I. das Gebäude des Sanitätswesens im Rohbau hingestellt, sein Nachfolger, der hochselige Kaiser Nikolaus, an demselben weitergebaut, und Seine Majestät Kaiser Alexander II. sein Bestreben darauf gerichtet, dieses Gebäude in ein solches umzuwandeln, welches den Anforderungen der neuen Zeit und neuen Verhältnisse besser zu entsprechen vermöge. Jedenfalls kommt seit dem Regierungsantritt Kaiser Alexander II. wiederholt das Streben zum Ausdruck, das Bestehende zu bessern und Neues hinzuzufügen. Die Armee-Reorganisationen der Jahre 1862—1869, nebst den ergänzenden Bestimmungen von 1874 und 1876, sowie der Brüsseler Congress boten die Anlässe zu den Versuchen in dieser Richtung. Wenn wir demnach nun auch manche Fortschritte, manche Verbesserungen auf dem Gebiete des Sanitätswesens in den letzten Decennien zu verzeichnen haben, so ist es andererseits begreiflich, dass die schwierigen Verhältnisse der Reformationsperiode eines so enormen Reiches wie das unsere, innere Verwickelungen, Kriege und Fortschritte anderer Staaten, welche eingeholt werden müssen, — die begonnene Reform unseres Sanitätswesens bisher zu keinem definitiven Abschluss kommen liessen. Wir müssen vielmehr die gegenwärtige Organisation als ein Uebergangsstadium zu einer weitgehenden Reorganisation des Militär-Sanitätswesens betrachten, zu einer Organisation desselben, wie sie unserer jetzigen Armeeorganisation und den Anforderungen der Jetztzeit auf medicinischem und nationalökonomischem Gebiete entspricht.

Die *Hauptgrundlagen* der Organisation unseres heutigen Militär-Sanitätswesens entstammen demnach eines Theils den ersten Regierungsjahren Sr. Majestät Kaiser Alexanders I., und zwar den Jahren 1802—1812, anderen Theils der Regierung des Kaisers Nikolaus, speciell vom Jahre 1835 beginnend, in welchem derselbe eine Armeereorganisation vornahm und dieser im Laufe der *nächsten Jahre* die Aenderungen auf dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens folgen liess.

Machen wir uns nun mit demselben etwas näher bekannt! Da dieser Vortrag kein geschichtlicher Abriss der Entwickelung des *ganzen* Militär-Sanitätswesens sein soll, sondern sich speciell damit befasst was einen directen Zusammenhang mit unserem Thema hat, so genügt es im Vorübergehen zu erwähnen, dass der Anfang der Organisation des Militär-Sanitätswesens in die Jahre 1802—1804 fällt, woselbst das Gesammt-Sanitätswesen des Reiches zuerst organisirt wurde; denn damals bildete das Sanitätswesen des Civil- und Militärressorts, noch *ein* Ganzes. Erst am 9. August 1805 erfolgte ihre Trennung in die noch heute bestehende Dreitheilung, nämlich in:

1) das Sanitätswesen des Ministeriums des Innern.
2) » » » » Krieges.
3) » » der Flotte.

Es mag der unwesentliche Umstand erwähnt werden, dass in jener Zeit die Benennungen der Ressorts theilweise andere waren, denn damals hiess z. B. das heutige Kriegs*ministerium* noch Kriegs*departement* und hatte zuförderst nur eine medicinische Abtheilung, welche unter einem Präsidenten, nebst 4 Räthen und sonstigen niederen Beamtenpersonal die Verwaltung des Militär-Sanitätswesens leitete. Am 24. Januar 1812 wurde, zugleich mit der Umbenennung des Kriegsdepartements in Kriegsministerium, das heute bestehende Militär-Medicinal-Departement gegründet, wiederum unter der Leitung des Generalstabsdoctors und seines Gehülfen, des Generalstabslekars mit verschiedenen Beamten, Kanzleipersonal, Schreibern etc. — Damals ging denn auch die *erste* Organisation des *Feld-Sanitätsdienstes* vor sich; Infanterie, Kavallerie und Artillerie bekamen je einen Medicinal-, resp. Sub-Medicinalinspector; die Regimenter 1 Regimentsarzt und jüngere Aerzte; die Hospitäler ausser ihren Ober*doctoren* oder Ober*ärzten* (je nach der Grösse des Hospitals) und dem sonstigen Personal, auch je einen *militärischen* **Chef.**

Für den Krieg wurde sodann in eben diesem Jahre neben dem Generalstabsdoctor der Armee, zum ersten Male ein *Director der Hospitäler* ernannt, welcher ein General und direct dem sogenannten Dujour-General unterstellt war. Derselbe war Chef der 4. Section der Armee-Dujour, einer der verschiedenen Abtheilungen des Feldstabes. Zu den Obliegenheiten dieser 4. Section gehörte die Errichtung von Hospitälern, Ueberführung und Transport von Kranken und Verwundeten und Bescheinigung der Dienstunfähigkeit. Es wurde bestimmt, dass der Director der Hospitäler die *Oekonomie* derselben zu verwalten habe und nebenbei die Polizei in ihnen handhabte, der Generalstabsdoctor aber den allgemeinen medicinischen Theil in den Sanitätsanstalten. Zu diesem Zweck wurde ihm 1 Oberdoctor, 1 Oberchirurg, 1 Oberapotheker und Kanzleipersonal beigegeben. — Diese Einrichtungen stammen also aus dem Jahre 1812 und bestehen mit minimen Abänderungen in Bezug auf die Benennungen heute noch. Die Corps- und Divisionsärzte wurden zu derselben Zeit creïrt und für die Dauer des Krieges temporäre Hospitäler dreier Kategorieen errichtet: 1) Mobile Hospitäler, welche in mehreren Linien nahe der Armee aufgestellt wurden,

2) Zeitweilige *Haupt*hospitäler, im Rücken der erstgenannten, und

3) Transporthospitäler, welche die erste Hülfe auf dem Schlachtfelde zu leisten und sodann die Verwundeten in die mobilen Hospitäler zu transportiren hatten. Ihre Zahl war unbestimmt, sollte aber so bemessen werden, dass sie 10 pCt. der Combattanten aufnehmen konnten, was als Prinzip hingestellt wurde. Auch ein Verbandmitteldepot und eine in Unterabtheilungen zerlegbare Feldapotheke wurden der Armee beigegeben.

Mit dieser Organisation wurden die Kriege bis 1815 geführt und dann brachte das Jahr 1835 Armeeorganisation und in ihrem Gefolge Aenderungen für das Militärsanitätswesen. In der Hauptsache sind es folgende: — Der nach der früheren Organisation nur für den Kriegsfall ernannte Director der Hospitäler wird als *ständiges* Mitglied dem grossen Stabe S. M. des Kaisers zugetheilt, der Generalstabsdoctor in einen Ober-Militär-Medicinalinspector umbenannt, zur besseren Ueberwachung aber der Hospitäler noch ein *Inspector der Militärhospitäler* ernannt und direct dem Kriegsminister unterstellt. Er ist verpflichtet die Hospitäler möglichst oft zu revidiren, in die Einzelheiten der Verwaltung derselben einzudringen und alle seine Wahrnehmungen höheren Orts zu melden. — Ich will hier nicht untersuchen, woher es kam, dass man zu diesen Obliegenheiten

einen Nichtarzt verwandte, einen *Militär*, und nur hervorheben, dass man schon damals das unzweckmässige dieser Massregel gefühlt zu haben scheint, denn es ist in der diesbezüglichen Verordnung *ausdrücklich* hervorgehoben, dass dieser Inspector, ein im Hospitalfach *erfahrener* Mann sein soll, — wobei freilich nicht angegeben ist, woher und wie er diese Erfahrung erworben haben soll.

Das medic. Departement wird in die bestehenden Abtheilungen zerlegt, seine Befugnisse specieller geregelt, die Friedenshospitäler in die noch geltenden 6 Klassen eingetheilt, die Hospitalverwaltung und die Befehlsführung aber immer schärfer in der dualistischen Richtung ausgebildet. Auch den Localmilitärchefs wird noch Aufsichts- und Revisionsrecht über die in ihrem Bezirke befindlichen Hospitäler eingeräumt und die grösseren Hospitäler erhalten alle einen besonderen militärischen Specialchef vom Range eines Regiments- oder Brigadekommandeurs. Regimentslazarethe und околотки für Revierkranke werden eingeführt, die Pflichten des Ober-Militär-Medicinal-Inspectors für den Kriegsfall normirt und die früheren *Benennungen* der 3 Kategorien Hospitäler im Kriege abgeändert in: 1) Feldhospitäler, 2) Mobile Hospitäler und 3) Etappenhospitäler.

Endlich wird das heute noch bestehende *Oberhospitalcomité* gegründet und diesem die Verwaltung aller der erwähnten Sanitätsanstalten übertragen. — Die Regimentsärzte werden in militärischer Beziehung dem Regimentscommandeur, in medicinscher der doppelten Medicinalobrigkeit unterstellt und verordnet, dass sie ohne Vorwissen des Regimentscommandeurs, sich *nirgendswohin* mit Forderungen zu wenden hätten. Wenn sie Beschwerden über denselben zu machen haben, so dürfen sie sich aber mit diesen nicht an seine Vorgesetzten wenden, sondern nur an die Medicinalobrigkeit. Die Gruppe dieser Neuerungen schliesst im Jahre 1847. Mit diesen Grundlagen der Organisation haben wir dann den Krimkrieg geführt. Die Resultate derselben sind bekannt: Pirogow, Hübbenett und zum Theil auch Hasenkampf haben dieselben beleuchtet.

Die Zeit vom Krimkriege bis jetzt bringt sodann eine Menge zum Theil neuer Bestimmungen, welche in dem neuen Reglement vom Jahre 1869 zusammengefasst sind. Ein wichtiger Zweig des Sanitätswesens, welcher übrigens erst im Kriege 1870/71 eine früher nicht dagewesene Entwickelung erfuhr, ich meine die Evacuation mit Krankentransport und Etappenwesen, ist in demselben nur ganz beiläufig berücksichtigt. Dieses Reglement behandelt ebenso wie auch die späteren Verordnungen, eine grosse Menge Details und die persönliche Lage der Aerzte, — die Haupt*grundlagen* aber der Organisation des Militär-Sanitätswesens, werden von ihnen *nicht* berührt. Es bleiben vielmehr *die*jenigen, welche wir eben kennen gelernt, fast in ihrem ganzen Umfange bestehen und bestehen noch heute. Welch' schlimmen Einfluss aber dieselben auf die Sachlage üben, — das hier *genauer* auseinanderzusetzen, das würde das Maass eines solchen Vortrages *so* bedeutend überschreiten, dass ich auf einen solchen Versuch verzichten muss! Sie haben von mir bisher nur einzelne Schlagworte gehört wie: alte unzeitgemässe Grundlagen der Organisation, Dualismus in Verwaltung und Befehlsführung u. a., — und nicht alle von ihnen werden sich über die *Tragweite* derselben klar sein, weil, der Sache ferner Stehende nicht die Details einer so complicirten Maschinerie wie das Militär-Sanitätswesen eines grossen Staates, kennen können. Lassen Sie mich Ihnen zur Vervollständigung dieser Schlagworte, dieser generellen Begriffe, — Folgendes sagen: Der Einfluss dieser unzeitgemässen Organisation erstreckt sich auf Alles. Ein temporäres Kriegshospital kann nicht mobilisirt werden, ohne dass 4 verschiedene, an 4 verschiedenen Enden unseres weitläufigen Reiches belegene Instanzen untereinander erst verschiedentlich und durch Wochen hin und her schreiben und telegraphiren müssen; der Generalstab und das Kriegs-Medicinaldepartement in Petersburg, der Armeestab der activen Armee und die Bezirks-Militär-Medicinal-Verwaltung eines beliebigen Militär-Bezirks haben ihre Arbeit zur Mobilisation eines Hospitals zu vereinigen. Dann tritt die Hospitalverwaltung in Kraft und das Gesetz sowohl wie der Verlauf der Ereignisse stellen an dieselbe unaufschiebbare, **sofort** zu erledigende Anforderungen, ohne dass sie die factische Möglichkeit hätten, dieselben nicht nur in der *gewünschten*, *nein*, in der durchaus nöthigen Art, d. h. prompt und schnell zu erledigen. Das Hospital muss von seinem Standort aus, durch den Hospitalinspector im Hauptquartier um Completirung seiner verschiedenen Bedürfnisse fragen: Die Intendantur, die Ingenieur-Verwaltung, das Medicinal-Departement, die Instrumentenfabrik u. s. w. — Krankenrapporte und Listen, Personalangelegenheiten des Medicinal- und Oekonomiepersonals, locale Erfordernisse, Befehle und Wünsche der Local- und obersten Chefs — alles soll nach Wunsch und Befehl 20 verschiedener Instanzen und immer womöglich *gleichzeitig* geregelt werden, ohne dass dies möglich und denkbar wäre und alles wird von den unheilvollen, veralteten Hauptgrundlagen der Organisation in der ungeheuerlichsten Weise beeinflusst. Diese ganzen antediluvianischen Einflüsse sind doch soweit *unmöglich*, dass heute schon nicht nur viele höhere und einsichtigere Militärs die *Köpfe* dazu schütteln, sondern ganz bündig erklären: dies ginge im Interesse der Sache ferner nicht so. — Ich will Ihnen zum Belege für diese meine Behauptung nicht etwa die mündlichen, also uncontrollirbaren Auslassungen vieler mir bekannten hohen Militärs über diesen Gegenstand anführen, sondern Sie auf den gedruckt vorliegenden Bericht über die Leistungen der Intendantur im Kaukasus während des letzten Krieges von General-Lieutenant Schulmann verweisen. In dieser Arbeit, welche von vieler Einsicht und grosser Sachkenntniss, ja geradezu von staatsmännischer Auffassung ihrer Aufgabe zeugt, sagt General Schulmann auf Seite 176—178 in Bezug auf das Hospitalwesen Folgendes:

> «Wenn die Zahl der Opfer des Krieges, welche durch die «Hospitäler versorgt werden sollen, schon die Zehntausende «übersteigt und bis zur Höhe einer Armee anzuschwellen «droht, so ist es selbstverständlich, dass die Bestrebungen der «Hospitalverwaltung darauf gerichtet sein muss, solchen ge«steigerten Anforderungen Schritt zu halten. Dem gegenüber «fehlt aber gerade der Hospital-Verwaltung die nothwendige «Einheitlichkeit, (dafür ist ja unser mehrerwähnter Dualismus «da) und auch die nöthige Selbstständigkeit ist ihr für diesen «Zweck nicht gegeben. Es sind die sich gleichgestellten «Chefs zweier Ressorts da, der Medicinal- und Hospitalinspector, «und beide sind dem Stabschef der activen Armee unterstellt, «welcher gar nicht die Zeit hat auf die Details der Erforder«nisse des Hospitalwesens einzugehen.

Nun beschreibt er den Wirrwarr, welchen ich Ihnen vorstehend anschaulich zu machen versuchte, schildert die Schwierigkeit der Lage für alle Betheiligten und hebt hervor, dass dies alles vollends im Kriege nicht am Platze sei, wo alles Erforderliche mit der grösstmöglichen Schnelligkeit ausgeführt werden müsse, und schliesst damit, dass er sagt: es scheine ihm für die Zukunft im höchsten Grade dringlich empfohlen, dass man die Sache *anders* organisire, so zwar, dass man ein selbstständiges, *unabhängiges* Ressort oder Organ, mit eigenen, zur freien Verfügung für seinen speciellen Zweck stehenden Mitteln schaffe, welches dadurch factisch in die Lage gesetzt würde den thatsächlich kolossalen Anforderungen dieses Dienstzweiges im Kriege zu genügen. — Also der General-Lieutenant Schulmann! Mir scheint meine Herren, dass solche Worte in einem officiellen Bericht die beste Vervollständigung und Illustration zu meinen vorstehenden Ausführungen sind. — Untersuchen wir jetzt die Frage ob vielleicht eine *besondere* Berechtigung für Beibehaltung der alten Normen vorliegt oder ob nicht vielleicht gar das Gegentheil der Fall ist. Verweilt man nur einen Augenblick bei dem Gedanken, dass die eigenthümlichen Verhältnisse, welche die Gesetze für Taktik und Kriegsführung *jener* Zeiten, welchen die alte Organisation entstammt, bedingten, nicht mehr bestehen, sondern dass inzwischen eine totale Aenderung derselben eingetreten, die Organisation der Armeen, die Taktik und Kriegführung heute absolut andern Erfordernissen entsprechen müssen wie damals, — dann wird man auch kaum ein Zweifel darüber sein können dass die Hauptgrundlagen einer Sanitätsorganisation, welche *jener* Zeit entstammen, selbst trotz mancher Verbesserungen und Neuerungen der Zwischenzeit wohl nicht mehr den Anforderungen der Jetztzeit entsprechen können. — Wie radikal die erfolgten Aenderungen waren, lehrt ein flüchtiger Ueberblick.

Zur Zeit Kaiser Alexander I. hatte man das Werbesystem und die Lineartaktik der älteren Zeit erst eben verlassen und Napoleon I. zeigte der erstaunten Welt wie ganz anders sich Krieg führen liess mit der Conscription und einer Taktik, welche statt der alten, steifen Linion — mit Kolonnen und Tirailleurs focht. Solch' durchgreifende Veränderung der Kriegführung musste natürlich auf allen Gebieten des Heerwesens ihr entsprechende Reorganisationen nach sich ziehen, das Sanitätswesen selbstredend mit einbegriffen, welches auf den heute noch geltenden Hauptgrundlagen damals reorganisirt wurde.

Seit jener Zeit wiederum hat nun zuerst Preussen die Concription durch die allgemeine Wehrpflicht noch überboten, d. h. durch die systematische Erziehung des ganzen Volkes für den Kriegs*dienst*. Die Entstehung der Eisenbahnen und die Einführung der neuen Schusswaffen (Hinterlader) kam dazu und gab dem ganzen Militärwesen und der Kriegführung ihren bekannten modernen Charakter.

Die Eisenbahnen ermöglichten eine früher ungeahnte Schnelligkeit der Zusammenziehung und Bewegung von Truppenmassen und die Hinterlader verdrängten die napoleonischen Kolonnen aus dem Gefecht, für welche sie vielfach gegliederte, in jedem Terrain zur Geltung kommende Schützenlinien einführten, in welchen die grösstmöglichste Ausbildung des Schützen eine entscheidende Wichtigkeit haben.

Es liegt auf der Hand: die Veränderungen der Armee-Organisation und Kriegsführung von der Regierungszeit Kaiser Alexander I. bis heute, sind so enorm, dass man die Zustände der Armeen von damals und jetzt kaum noch mit einander vergleichen kann. Ein Heerführer unserer Tage müsste mit vollem Recht Denjenigen seiner gesunden Sinne für nicht mächtig erklären, welcher ihm riethe, einen Krieg nach den Gesetzen und Forderungen der damaligen Taktik und Strategie zu führen. Das kann in militärischen Kreisen gar keiner Frage unterliegen. Es ist daher in hohem Grade merkwürdig, warum man in diesen Kreisen noch vielfach der Ansicht huldigt, die *jener Zeit* entstammenden *Hauptgrundlagen des Militärsanitätswesens* müssten *heute* noch festgehalten werden und dies könne zweckentsprechend sein. — Unter dem Einfluss der nachgewiesenen Umstände ist es undenkbar, unmöglich. Warum geschieht es aber dennoch?? Wie ist es möglich, dass man bei uns heutzutage, wo es als anerkannter Grundsatz gelten darf, das Sanitätspersonal und die Sanitätsanstalten einer Armee militärisch zu organisiren, und taktisch zu gliedern, den Dualismus aus der Befehlsführung zu verbannen und dieselbe einheitlich zu gestalten, die Ausführung aber des Sanitätsdienstes den verschiedenen Sanitätsinstanzen verantwort-

lich zu übertragen — wie ist es bei diesen im übrigen Europa geltenden Grundsätzen möglich, frage ich, bei uns noch unverrückt an dem Dualismus in Befehlsführung und Ausübung des Sanitätsdienstes festzuhalten, bei der Trennung von Medicinal- und Hospitalressort, bei Hospital- und Medicinalinspector bleiben zu wollen, mit einem Wort bei Institutionen, welche zum Theil vor nun fast 80 Jahren zurück in's Leben gerufen wurden und damals ganz zweckmässig waren? Wie ist dies möglich, nachdem in Wort und Schrift Jahre lang bereits der unheilvolle Einfluss solcher Einrichtungen auf den Sanitätsdienst unzweifelhaft nachgewiesen, nachdem unser letzter Krieg (1877—78) die Impotenz einer so organisirten Befehlsführung und Verwaltung des Sanitätswesens ebenfalls schlagend dargethan? Ich bin ausser Stande diese Erscheinung zu erklären, nichtsdestoweniger liegt sie aber dennoch in ihrer ganzen Realität vor. Man hat mir gegen solche Ausführungen den Einwand gemacht, dass ich zu schwarz sähe, dass der Stillstand auf dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens bei uns durchaus nicht so markant sei wie ich meine, und dass die epochemachenden Perioden der Entwickelung gar nicht so weit zurücklägen wie ich angebe, indem doch Jahraus und Jahrein Leben und Thätigkeit auf diesem Gebiete herrsche, wie eine Reihe erlassener und der Gesetzessammlung einverleibter Verordnungen leicht constatiren könnten. Darauf muss ich erwidern, dass ich dennoch mit meinen Behauptungen leider Recht zu behalten glaube, denn die mir sehr wol bekannte und keineswegs unterschätzte Thätigkeit, bezieht sich bisher nur auf einzelne Dienstzweige und Einzelheiten überhaupt, nicht aber auf die Hauptgrundlagen der *Organisation* und diese oft sehr nützlichen und zweckmässigen Details beziehen sich zum grössten Theil wiederum auf den Sanitätsdienst im *Frieden*. Der Sanitätsdienst im Felde aber, dieses Stiefkind unseres Militär-Sanitätswesens, ist im Laufe all' der Jahre mit sehr wenigen Ausnahmen, bei all' den Verordnungen, mehr denn stiefmütterlich behandelt worden. Für seine Entwickelung müssen noch heute leider die Jahre 1802—12, und von 1835—47 als Marksteine gelten. Man darf überhaupt den grossen Unterschied zwischen Friedensdienst und Felddienst nicht übersehen. Die besondere Dringlichkeit des Erfordernisses der Ausübung und die eminente Folgschwere jeder, auch nur der kleinsten Unterlassungssünde — markiren den Sanitätsdienst im Felde im Haut-Relief gegen den Friedensdienst. Fast nie liegt auch nur eine annähernd *solche* Dringlichkeit für die Ausübung des Friedensdienstes vor wie das im Kriege wohl ausnahmslos der Fall ist. Sodann sind die Hülfsmittel für den Friedensdienst im Vergleich mit denen des Krieges riesig gross. Hospitäler, Baracken, Material, Personal, vorgesehene Action — alles erleichtert seine Ausübung im Frieden, und alles dies fehlt im Kriege *zum grossen Theil*, bisweilen auch ganz, bis auf die Hände der nie arbeitsmüden und stets opferwilligen Militärärzte. Es ist klar, dass viel Sorgfalt und Geschick, viel Wissen und Können dazu gehört, viel Erfahrung und Uebung, um alles im richtigen *Maasse* und zu rechter *Zeit* zu beschaffen oder zu ergänzen, und daraus folgt denn auch, dass die Organisation gerade des Sanitätsdienstes im *Felde*, eine ganz besondere Sorgfalt, viele und unablässige Friedensarbeit erheischt, um ihren Aufgaben nur einigermaassen gerecht zu werden. — Ueberdenkt man dies einen Augenblick, dann versteht man wie Recht P i r o g o w mit seinem Ausspruch hat: Nicht die Medicin, sondern die Administration spielt die Hauptrolle bezüglich der Hülfe für die Kranken und Verwundeten auf dem Kriegsschauplatze! In der That, ihre Aufgaben sind ebenso gross als vielfältig. Es ist Sache der Administration Hospitäler in genügender Zahl und zur richtigen Zeit zu beschaffen, die in denselben befindlichen Verwundeten und Kranken zweckmässig und ohne Unterbrechung zu beköstigen, das Dienst- und Pflegepersonal in genügender Anzahl und mit genügender Vorbildung für Hospitäler und Lazarethe vorräthig zu halten, die betreffenden Stellen im Sanitätswesen zweckentsprechend zu besetzen, Reglements und Instructionen für alle Dienstzweige, Dispositionen für Verbandplätze, Schlachten, für alle möglichen Details der Action des Sanitätswesens wie Transport, Evacuation, Märsche etc. — zu erlassen. — Und erst wenn alles dieses durch die Administration — d. h. durch die Administratoren verschiedener Instanzen und Grade — also auch zum Theil durch die *leitenden Aerzte* zweckmässig und mit Sachkenntniss besorgt wurde, erst dann kann der rein medicinische Theil des Sanitätswesens eine erspriessliche Thätigkeit entfalten. Eine schlechte Administration wird aber stets auch den geschicktesten Aerzten und Chirurgen den guten Erfolg ihrer Thätigkeit vereiteln, weil dann die nöthigen Bedingungen für die Nachbehandlung, Ernährung, Transport oder sonst dergleichen nur zu leicht fehlen können. Aber selbst einige Hunderte guter ärztlicher Erfolge bedeuten wenig gegen die vielen Tausende, welche durch mangelhafte Administration unwiderbringlich verloren gehen.

Gute Administration ist aber nur durch eine ganz besonders sorgfältige *Organisation* zu erreichen möglich, durch eine Organisation, welche auf zeitgemässen Hauptgrundlagen ruhend den bestehenden Verhältnissen, der veränderten Kriegsführung, den Anforderungen des modernen Sanitätswesens und der medicinischen Wissenschaften, möglichst vollständig Rechnung trägt; — dies bedarf wol keines weiteren Beweises. Dass eine Organisation diese Ziele *nicht* erreichen kann, deren jüngste Hauptgrundlagen auch bereits mehrere Decennien alt sind, während grosse Fortschritte und Veränderungen auf diesem Gebiete gerade im letzten Jahrzehnt zu verzeichnen sind, — während unsere neue Armeeorganisation kaum 6 Jahre alt ist, — dies liegt ebenso auf der Hand. — Der Gegensatz zwischen dem was ist und dem was sein sollte, tritt einem um so schärfer entgegen, wenn man folgenden Satz in's Auge fasst, welchen ich als Grundsatz hinstelle: Die Organisation des Militär-Sanitätswesens eines Staates muss Hand in Hand gehen mit der Armeeorganisation desselben, weil letztere die bedingenden Grundmomente für erstere giebt. Sind nun die Hauptgrundlagen der Organisation unseres Militär-Sanitätswesens so wenig zeitgemäss wie ich behaupte, dann müssen mannigfache Misstände und Mängel daraus nicht nur resultiren, sondern auch für die weitesten Kreise zum Ausdruck gekommen, sowie energisch zur Abhülfe aufgefordert haben. Dies ist beides in der That auch *geschehen*. Schon *während* und sodann nach unserem letzten Kriege waren Hoch und Niedrig, Fachmänner und Laien, Alt und Jung *darüber* einig, dass *viel*, *sehr* viel unserem Sanitätswesen zu seiner Vollendung fehle. Natürlich konnten nur die *competenten Kreise* sich darüber klar sein, wo die Fehler liegen und wo die Hebel anzusetzen seien, um zweckmässige Aenderungen zu erzielen. Man muss rühmend anerkennen, dass Aerzte, Militärs und competente Factoren der Gesellschaft des rothen Kreuzes, ein reiches Material zu dieser Frage geliefert haben, welches wol verdient hätte ausgenutzt zu werden. Abgesehen von vielen kleineren Arbeiten, nenne ich Ihnen hier nur diejenigen unseres berühmten P i r o g o w, des Professors K o l o m n i n, des Professors der hiesigen Generalstabsakademie Oberst H a s e n k a m p f, beiläufig wol der gediegenste militärische Kenner unseres Sanitätswesens, des Obersten B e l j a w s k i und diejenigen zweier Hauptbevollmächtigten der Gesellschaft des rothen Kreuzes, des Geheimraths A b a z a und des wirklichen Staatsraths P e t e r R i c h t e r.

Nach allem diesem wäre man nun heute, nachdem bereits über 2 volle Jahre seit der Rückkehr unserer Truppen aus dem letzten Kriege verflossen, zu der Frage berechtigt, ob etwas und was wol in der Zwischenzeit zur Abstellung der urgirten Uebelstände geschehen sei. Die stete Möglichkeit neuer Kriege, und die sich fortwährend noch steigernde Verbesserung der modernen Schusswaffen geben mehr wie genügende Gründe für solche Fragen sowie für die Dringlichkeit dieser Angelegenheit überhaupt.

Der kürzlich im Druck erschienene 2. Band des Werkes von Oberst H a s e n k a m p f über «*Die Militär-Oekonomie unserer und fremdherrlicher Armeen im Frieden und im Kriege*», in welchem das Sanitätswesen, durchaus zeitgemäss eine höchst eingehende Würdigung gefunden, giebt uns Auskunft über diese Fragen. — Auf Seite 242 des erwähnten Bandes finden wir als Anhang zur 11. Abtheilung des Werkes, welche eben das Sanitätswesen behandelt, die *Hauptgrundlagen des Projects der neuen Organisation der mobilen Sanitätsanstalten im Kriege* abgedruckt.

Ich hebe zunächst hervor, dass es sich wie der Titel sagt, nur um die *Sanitätsanstalten* selber handelt, und dass man desshalb wohl erwarten muss, diesem Projecte noch andere folgen zu sehen, welche die Evacuations- und Krankenetappenfrage regeln sollen, welche sich im letzten Kriege als in *hohem* Grade organisationsbedürftig erwiesen haben. *Ohne* diese Voraussetzung müsste man das vorliegende Reformproject in dieser Beziehung unvollständig nennen, weil es die oben erwähnten wichtigen Zweige des Feldsanitätsdienstes nicht regelt, ohne deren sorgfältige Organisation, an irgend welche *zweckentsprechende* Leistungen des Sanitätswesens in einem *künftigen* Kriege gar nicht gedacht werden kann. Aber auch nach solcher Voraussetzung nenne ich das Project ungenügend, denn seine Hauptgrundlagen entsprechen in keiner Beziehung den berechtigten Anforderungen der Jetztzeit. Und über dieselben *kann* ja doch im Kreise competenter Fachmänner eigentlich *gar keine* Meinungsverschiedenheit bestehen, denn die bedingenden Momente für sie, sind durch Wissenschaft und Erfahrung festgestellt und überall dieselben, nämlich: die jeweilige Organisation der Armee, die Lage des Gesammtsanitätswesens überhaupt, die Entwickelungsstufe der medicinischen Wissenschaften und diejenige des Militär-Sanitätswesens der anderen Kulturstaaten.

Wir sind überhaupt in der glücklichen Lage, in dieser Angelegenheit durchaus auf den Schultern Anderer zu stehen, auf den Schultern *der* Nationen, welche im letzten Jahrzent grosse Kriege geführt und *practisch* haben erproben *müssen*, was schlecht, was gut und was am besten ist. Ihre Erfahrungen liegen vor. Mit grosser Sorgfalt und Sachkenntniss sind z. B. in Deutschland die Reorganisationsarbeiten geführt worden und die Motive für die neue Kriegs-Sanitätsordnung vom Jahre 1878 sind so logisch wie klar. Ich will nun damit durchaus nicht gesagt haben, dass wir dieselbe z. B. einfach abschreiben sollen, aber das Gute in ihr könnte mit Vortheil auf unsere Verhältnisse übertragen werden, denn es ist selbstverständlich, dass Klima, territoriale Einrichtungen, nationale Eigenthümlichkeiten etc. hier und da Modifikationen und Aenderungen erheischen würden. Darnach könnten aber Meinungsverschiedenheiten nur über Details bestehen, z. B. ob man auf dem Boden der Steppe dieselben Gefährte benutzen kann wie auf den deutschen Landwegen, ob man solche Wagen schwerer oder leichter bauen muss, sie mit 2 oder 4 Pferden fahren kann. Ob man bei unseren sehr zerstreut liegenden Städten mehr oder *weniger* Etappenlazarethe braucht; ob man in einem gegebenen Klima mit mehr Vortheil Jurten oder Zelte verwenden kann u. s. w. Ueber derartige Details sind Meinungsverschiedenheiten denkbar und zulässig. Für die Hauptgrundlagen aber eines Militär-Sanitätswesens *unserer Tage*, sind die Anforderungen, wie gesagt, präcisirt.

Und diesen Anforderungen entspricht das Reformprojekt *nicht*. Bei Durchsicht desselben muss man unwillkürlich bedauern, dass wol zumeist unberücksichtigt geblieben, was in den verflossenen 2 Jahren Vortreffliches gesprochen und geschrieben wurde; also die Arbeiten, auf welche ich eben verwiesen, obgleich dieselben nicht wenig Brauchbares enthalten. Auch ich selber bin bestrebt gewesen, nach Maassgabe meiner Kräfte mein Wissen und meine Erfahrung der Reformfrage dienstbar zu machen und zwar in directen Vorschlägen und Hinweisen. Wohl habe ich die Genugthuung gehabt, dass die anerkanntesten Autoritäten Europas für das Militär-Sanitätswesen, — sowohl ärztliche wie militärische — ausnahmslos und unbedingt meinen Ausführungen und Reformvorschlägen zugestimmt, das erwähnte Reformproject *indess* ist, ebenso wie von den *anderen*, auch von *meinen* Arbeiten unbeeinflusst geblieben. Es bietet wohl mancherlei Neuerungen, ist aber sehr *weit* von dem nöthigen Systemwechsel entfernt. Kein neuer Geist weht in ihnen, denn die alten Grundlagen, welche ich ihnen heute ausführlich entwickelt, sind für das Project *dieselben* geblieben: die unheilvolle Trennung des Hospitalressorts vom Medicinalressort, der Dualismus für Befehlsführung und Verwaltung, — alles dies und ebenso 1 *militärischer* Specialchef für jedes Hospital besteht nach wie vor; für 76 mobile Divisionen 608 Officiere, trotz des thatsächlich *grossen* Mangels an Officieren. (Schluss folgt.)

Referate.

Die Schwefelquellen Kemmern's bei Riga. (Westnik wodeletschenija № 5, Mai).

In einem längerem Aufsatze in unseren jungen «Boten für Wasserheilkunde» bricht ein Ungenannter eine Lanze für unsere baltischen Schwefelquellen, die noch immer nicht die Anerkennung gefunden, die sie mit Recht verdienen. Vf. giebt im Allgemeinen die Beschreibung der gegenwärtig vorhandenen Einrichtungen, sowie die Analysen, welche uns bereits aus einer vor einigen Jahren erschienenen, seinerzeit auch in unserem Blatte besprochenen Arbeit von Dr. V. Holst bekannt sind.

In der citirten Arbeit war auch schon damals davon die Rede, dass sich in Riga ein Kreis gebildet, der nach Vervollkommung der bestehenden Einrichtungen strebt und bereits vor längerer Zeit dahin zielende Vorschläge gemacht hat.

Kemmern ist nämlich bis jetzt Staatseigenthum und seit 1838 unter die Verwaltung einer besonderen Commission beim General-Gouverneur gestellt worden. Nach Aufhebung des Generalgouvernements ging die Verwaltung zum Civilgouverneur über, der jetzt das Recht besitzt, den Director, Arzt etc. einzusetzen. Die Gesellschaft, die sich 1876 gebildet, um Kemmern zu heben, hat nun vorgeschlagen, den Badeort ihr zu übergeben und verpflichtet sich ein dazu nöthiges Kapital aufzubringen (welches bereits vorhanden) um alle nothwendigen Neuerungen in Kemmern ins Leben zu rufen und es auf die ihm gebührende Höhe zu bringen.

Das Project liegt nun bereits geraume Zeit im Ministerium des Innern und noch ist keine Antwort erfolgt. Es wäre wohl sehr wünschenswerth, dass diese Frage bald im günstigen Sinne entschieden würde, denn das reorganizirte Kemmern wird gewiss Vielen Gesundheit und Erleichterung bringen. P.

Paul Grawitz: Die Theorie der Schutzimpfung. Experimentelle Untersuchung. (Virchow's Arch. 1881, Bd. 84. S. 87—110.)

Die Schutzkraft der Pockenimpfung konnte bisher nicht und um so weniger erklärt werden, als wir über die specifischen Pocken-Organismen sehr wenig wissen. Auch die dankenswerthen Untersuchungen von Pasteur (an der Hühnercholera) und Toussaint (Milzbrand) konnten eine Entscheidung nicht bringen, weil an ihrem Beobachtungsobject, den Bacterien, die Anfänge der Pilzvegetation, die Dauer derselben, das Keimen einzelner Individuen etc. nicht zu verfolgen ist. Diese Schwierigkeiten suchte Verf. durch die Wahl eines anderen Beobachtungobjects zu lösen. Er hatte bereits früher erwiesen, dass durch systematisch fortgesetzte Culturen im Wärmeschrank alle Uebergänge von ganz harmlosen Brodschimmeln bis zu ganz malignen, sich in Thiergeweben parasitisch mit ziemlicher Schnelligkeit verbreitenden Varietäten derselben Aspergillus-Art erhalten werden können. Keine andere Pilzkrankheit schien ihm nun mehr als die Mykosis aspergillina geeignet, die Immunitätsfrage zugleich vom mykologischen und vom pathologischen Standpunkte aus in Angriff zu nehmen. Die Pilz-Injectionen wurden stets direct in die Venen ausgeführt.

Injicirte Verf. behufs präventiver Impfung 3—4 Ctm. einer klaren von Sporen sorgsam befreiten Peptonlösung, aus welcher bei 39° C. bösartige Schimmel gewachsen waren, in die Blutbahn eines Kaninchens, so verlief der Eingriff ohne jeden klinischen oder pathologisch-anatomischen Effect. Dasselbe geschah, wenn er die Schimmeldecken durch längeres Digeriren bei 55° C. ihrer Keimkraft beraubte und alsdann in feinsten, Pilzfäden und Sporen enthaltenden Partikeln der Nährlösung beimischte. Liess Verf. nun auf eine solche Impfung nach 1—4 Wochen eine Transfusion maligner Sporen folgen, so war weder eine Verzögerung noch eine Abschwächung der Empfänglichkeit, geschweige denn eine Immunität gegen die Parasiten zu bemerken: die Thiere starben am 3. oder 4. Tage an allgemeiner Verschimmelung nicht anders als intacte ungeimpfte Kaninchen. Wurde die präventive und zwar sehr reichliche Impfung mit physiologisch schwächeren, d. h. an das Leben in hoher Temperatur schon mehr gewöhnten, halb malignen Schimmelvarietäten vorgenommen, so war der unmittelbare Erfolg ein sehr unbedeutender: die Thiere blieben ganz munter; bei den Sectionen fanden sich allerdings herdweise mehr oder weniger erhebliche parenchymatöse Trübungen bis zur Fettmetamorphose in Niere und Leber. Die zweiten Impfungen, mit bösartigem Aspergillus oder selbst mit Oïdium lactis, erfolgten 3—10 Wochen später in zur acuten Verschimmelung ausreichender Dosis. Die Thiere blieben jedoch nicht nur am Leben, sie wiesen auch nur äusserst wenige oder gar keine Pilzembolien bei den Sectionen auf: die präventive Impfung hatte sich also als völlig erfolgreich bewährt. Wurde die präventive Impfung endlich durch einmalige Injection so geringer Mengen bösartiger Schimmelpilze vollzogen, dass dadurch weder gleich noch später der Tod, sondern nur mykotische Herderkrankungen — die nur numerisch nicht ausreichten, den Organismus in ernste Todesgefahr zu bringen — hervorgerufen wurden, so wurde hierdurch gegen die zweiten, 3—10 Wochen auf die ersten folgenden Impfungen oft colossaler Mengen maligner Sporen die vollständigste Immunität erzeugt: es starb nicht nur kein Thier, sondern es entstanden auch nicht einmal mykotische Herderkrankungen bei denselben. Der Erfolg ist ein höchst frappanter und die durch die erste erfolgreiche Impfung erreichte Schutzkraft ganz untrüglich, sie ist weit grösser als die bei der Schutzpockenimpfung behauptete oder gehoffte.

Auf Grund dieser Versuche untersucht Verf. nunmehr die Theorien der Schutzimpfung. Er weist zunächst nach, dass die humorale Doctrin ausser Stande ist, eine befriedigende Erklärung zu geben. Die Ernährungsflüssigkeit für die Schimmelpilze ist das Blut; in diesem müssten sich also auch in erster Linie nach der Impfung diejenigen Veränderungen finden, welche nach der humoralen Theorie als die Ursache der späteren Immunität gelten sollen. Das Blut aber kann durch die Impfung nicht verändert sein: denn das Blut von gegen maligne Schimmelpilze künstlich immun gemachten Thieren war, wie Verf. zeigt, wohl im Stande Schimmelpilze in reichlichem Maasse zu ernähren. Eine Entmischung des Blutes, eine Decomposition oder Dyskrasie kann also nicht vorhanden, das Blut demnach nicht im humoralen Sinne, sondern nur als lebendes Gewebe in seinen Wechselbeziehungen zu anderen Geweben, also nur im cellularen Sinne ein anderes geworden sein. Aber auch eine mikroskopische Veränderung der Blut- und der Organzellen ist nach der Impfung nicht aufzufinden. Verf. folgert hieraus und aus der verschiedenen Empfänglichkeit der einzelnen Organe (d. h. der verschiedenen Energie, mit der jede Zellenart einzelne Stoffe des Blutes assimilirt resp. nicht aufnimmt) für die Pilzansiedelung, dass nur in einer Erhöhung der physiologischen Lebensenergie der Thierzellen gegen die Parasiten die Ursache des immunen Verhaltens nach der Impfung zu suchen sei. «Die Immunität nach präventiver Impfung entsteht durch Anpassung der Gewebszellen an das energische Assimilationsvermögen der Pilze, und ihre Dauerhaftigkeit auf Monate und Jahre hinaus beruht auf Vererbung dieser höheren physiologischen Ernährungsenergie von einer Zellengeneration auf die andere». Diejenigen Organe, welche die geringste Lebensenergie besitzen, sind nach Verf. deshalb auch die bevorzugten Sitze für die Schimmelpilze (bes. Leber, Nieren). — Bei der Anwendung der Theorie des Verf. auf die Infectionskrankheiten lassen sich ihr unsere Erfahrungen über Immunität etc. zwanglos unterordnen. Au.

Bassanowitsch: Ein Fall von Intermittens mit einer Temperatursteigerung bis 46° C.

Ein seit seiner Kindheit an Febris intermittens leidender 26-jähriger Soldat kam in das Hospital (Bulgarien, an der Donau) und hatte bald darauf einen Fieberparoxysmus. Während des Schüttelfrostes stieg die Temperatur in axilla auf 46° C. und blieb gegen 10 Minuten auf dieser Höhe, um dann allmählig zu sinken. Während dieser excessiven Temperatursteigerung waren keinerlei psychische Alterationen wahrzunehmen. Complicirt war die Krankheit mit linkseitiger Pleuritis. Nach weniger als 4 Wochen waren sowohl die pleuritischen Erscheinungen als auch (früher schon) die Fieberanfälle gänzlich geschwunden, so dass Pat. geheilt entlassen werden konnte. Zur Controle der hohen Temperatur von 46° C. war die Messung auch noch mit einem zweiten Thermometer angestellt worden, welches bald ebenfalls auf 46° stand. Beide Thermometer stimmten bei späteren Controlversuchen vollkommen überein mit mehreren anderen guten Thermometern von verschiedenen bekannten Fabrikanten, so dass die Richtigkeit der Messung sicher stand. Rr.

Rosenbach: Ueber pseudopulmonale und pseudopleurale Geräusche. (Bresl. ärztl. Zeitsch. 1881. № 4).

R. macht drauf aufmerksam, dass bei Leuten mit schwach entwickeltem Fettpolster in den Fossae supraclavicular. und supraspinat. beim Athmen Geräusche vorkommen, die lautlich ganz mit trockenen, knackenden, grob- und mittelblasigen Rasselgeräuschen übereinstimmen und sich blos dadurch von ihnen unterscheiden, dass sie meist auf beiden Seiten gleich entwickelt sind, durch Husten nicht alterirt werden, auf der Höhe des Inspirium *bei angehaltenem*

Athem fortdauern und gleichzeitig mit reinem vesiculärem Athemgeräusch hörbar sind. Diese Geräusche haben Nichts mit Vorgängen in den Lungen zu thun und sind Muskelgeräusche, welche durch die Contraction der Inspirationsmuskeln hervorgerufen werden, was dadurch bewiesen wird, dass sie bei angehaltenem Athem fortdauern, wenn blos die Inspirationsmuskeln dabei contrahirt bleiben, und dass sie auch hervorgerufen werden können, dadurch dass man die Muskeln durch den faradischen Strom in Contraction versetzt.

Dieselbe Entstehung haben auch Geräusche, welche an den seitlichen untern Partien des Thorax entstehen, sowohl palpirt als auscultatorisch wahrgenommen werden können und sich ganz wie pleuritisches Reiben vernehmen lassen. Auch sie traten meist symmetrisch auf und sind meist mit Myalgie der betreffenden Intercostalmuskeln verbunden. Sie werden durch energische Faradisation der letztern zum Schwinden gebracht. D—o.

P. Sagorsky: Zur Statistik der Sterblichkeit während der Pockenepidemie in Petersburg in den Jahren 1878 und 1879. (Sbornik ssudebn. medicin. etc. Band I, 1881.)

Der Vf., der uns bereits durch eine Reihe interessanter, mit eisernem Fleiss und seltener Gewissenhaftigkeit bearbeiteter Mortalitätsstatistiken bekannt ist, bietet uns wiederum interessante Zahlen, die, wenn gleich auch beim Sammeln der Data noch mancherlei Fehler vorkommen, worauf Vf. selbst hinweist, von bleibendem Werth für die Beurtheilung der Sanitätsverhältnisse Petersburgs sind, namentlich da d. Vf. sich die grosse Mühe gegeben, die Todesfälle sogar nach Strassen und Häuser zu gruppiren, sodass ein Blick auf die Tabellen mit Leichtigkeit die einzelnen Hausepidemien und Krankheitsherde erkennen lässt.

Der Beginn und das Erlöschen der Epidemie lassen sich nicht mit Genauigkeit feststellen, da die Pockenerkrankungen bei uns nie ausgehen, daher hat Vf die beiden Jahre 1878 und 1879, während welcher sich die Pocken epidemisch ausbreiteten, in toto zu seiner Arbeit herangezogen. Anfang 1878 und Ende 1879 betrug die Mortalität an Pocken ziemlich gleich c. 1—1,5% sämmtlicher Todesfälle, dazwischen liegt die Epidemie.

In diesen beiden Jahren starben an Pocken:

1878	Männer 628	Weiber 544
1879	„ 636	„ 548

also in toto *2356 Personen.*

Allmählich ansteigend, findet sich die bedeutendste Sterblichkeit im Januar 1879 — 225 Personen oder 8,1% aller Verstorbenen, dann blieb sie ziemlich hoch bis Ende Juli, um dann wieder schnell zu fallen, im December betrug sie nur 0,8% aller Verstorbenen.

Der Tabelle, die die Sterblichkeit für jeden Tag dieser Jahre angiebt, entnehmen wir, dass das Maximum der an einem Tage an Pocken Verstorbenen 18 betrug und auf den 17. Januar 1879 fiel. In dieselbe Woche (14.—20.Jan.) fiel auch die grösste Wochensterblichkeit und zwar 67 Personen.

Aus der Anordnung nach Stadttheilen ersehen wir, dass die Hauptherde der Erkrankung im Spasski-, Narwski-, Roshdestwenski- und Moskauer Stadttheil lagen, also die Pockensterblichkeit nicht mit der allgemeinen Sterblichkeitsgrösse pro Jahr in den Stadttheilen zusammen fällt. Die zum Vergleich herangezogene Tabelle Hübner's, welcher die Pockenepidemie pro 1872/73 bearbeitet hat, wiesen auch schon damals in denselben Stadttheilen wie jetzt grössere Pockensterblichkeit nach.

Ein näheres Eingehen auf die Tabelle, welche die Zahl der Todesfälle in ihrer Vertheilung auf einzelne Häuser angiebt, verbietet uns unser beschränkter Raum, wir wollen nur einzelne Beispiele hervorheben. Z. B. in der kurzen Strasse Apraxin-Pereulok sind 66 Todesfälle notirt, auf der einen Seite der Strasse sind in jedem Hause Todte gewesen, und zwar bis zu 14 in ein und demselben. Weitere Herde bildeten die Gorochowaja, Spasski-Pereulok, Obwodni-Kanalquai, Rigaer Prospekt, Ligowkaquai, Puschkarskaja etc. Sehr häufig ist eine ganze Häuserreihe infizirt.

Zum Schluss noch eine Notiz für etwaige Impfgegner. Leider fand sich nur bei 150 Todten angegeben, ob Impfung stattgefunden, davon jedoch von einem Arzte allein 111 Zeugnisse. Das Ergebniss dieser 150 ist: 19 waren geimpft, 131 *nicht geimpft.* Sollte dieses den Impfgegnern nicht zu denken geben? P.

Russische medicinische Literatur.

№ 178. Eug. Wassiljew: Materialien zur Pharmakologie des Resorcin (Dissert.) St. Petersb. 1881.

№ 179. **Wratschebnija Wedomosti. № 26.**

Inhalt: a) Erlizki: Ueber den Bau des Acusticus-Stammes.
b) G. Rodsewitsch: Ein Fall von Tumor cerebri. (Forts.)
c) Jaroschewitsch: Die prophylaktische Bedeutung der Vaccination und der Betrieb des Impfgeschäfts in den westlichen Provinzen.

№ 180. **Wratsch. № 29.**

Inhalt: a) Frau Tschernowa-Popowa: Uterusruptur; Austritt der Frucht in die Bauchhöhle; Genesung.
b) Margolin: Die antiseptische Behandlung in der Billroth'schen Klinik. (Forts. v. № 27).
c) Goldwug: Malariafieber in Koselez. (Forts.)
d) Olderogge: Ein Fall von Situs viscerum inversus.

№ 181. **Medizinskoje Obosrenje Juni-Heft.**

Inhalt: a) Michailow: } Fälle von Cerebrospinal-Meningitis.
b) Lunz: }
c) Solowjew und Rachmaninow: Beiderseitige Ovarialcyste. Ovariotomia duplex; Genesung.
d) Kanterew: Ein Fall rasch fortschreitenden Pigmentverlustes der Haut und der Haare.
e) Loshetschnikow: Elephantiasis der Lider.
f) Pospelow: Fall von Lichen planus ruber.
g) Schnaubert: Milchdiät bei Herzleiden.

№ 182. **Wojenno-Medizinski Journal.** Juni-Heft 1881.

Inhalt: a) Tschermak: Zur Physiologie des Sehorgans. Das Pato-Oppelsche Phänomen.
b) Obraszow: Zur Morphologie der Blutbildung im Knochenmark bei Säugethieren.
c) Frischmann: Fall von Larynx-Croup beim Kinde geheilt durch Natron benzoicum.
d) Fleischer: Antiseptische Wundbehandlung.
e) Kubassow: Arzneiwirkung durch die Mutter auf die Frucht.

№ 183. **Wojenno-Sanitarnoje Djelo. № 4—12.**

Inhalt: a) M. P.: Die Lage der «jüngeren» Militärärzte.
b) Rudakow: Ueber das Abkochen des Fleisches.
c) Goldenberg: Unsere Zelte.
d) Prisselkow: Das Militär-Sanitätswesen der Feldarmee während des letzten Krieges.
e) Swjatlowski: Das Waschen der Soldaten-Wäsche.
f) Geltowski: Der Soldatenmantel.
g) Bystrizki: Die Fussbekleidung der Truppen.
h) P. Archangelski: Das Roggenbrod der Soldaten.
i) Idelson: Ueber die Nothwendigkeit von Apparaten zu periodischen Wasseranalysen bei den Truppen.
k) . . . . . Ueber die Beköstigung der Truppen.
l) Goldenberg: Ueber die Tischgelder der Militär-Aerzte.
m) Goldenberg: Der Chef des Hospitals und seine Beziehungen zu den Aerzten.
n) Herzenstein: Ueber die Augen der Schüler des Militär-Gymnasiums in Orel.
o) Geltowski: Die militärärztliche Berichterstattung.
p) P. Archangelski: Des Soldaten Mittag- und Abend-Essen.
q) Goldenberg: Die Kleidung des Soldaten.

№ 184. **Wratschebnija Wedomosti. № 27.**

Inhalt: a) Erlizki: Bau des Acusticus-Stammes. (Schluss).
b) Rodsewitsch: Fall von Tumor cerebri. (Forts.)

№ 185. **Anzeiger der Mineralbäder von Staraja-Russa № 10.**
Inhalt: Makawejew: Ueber Dampfbäder.

№ 184. **Medizinskoje Obosrenje.** Band XVI.

Inhalt: a) Pawlinow: Fall von Hysterie.
b) Lwow: Fall von biliösem Typhoid während der Schwangerschaft.
c) Kusmin: Zur Therapie der Verkrümmungen.
d) Kusmin: Zur Extraction von Fremdkörpern aus Kanälen.
e) Ostroglasow: Der Guinea-Wurm und ein mit demselben Behafteter.
f) Jaswizki: Fall von giftigem Schlangenbiss.
g) Semtschenko: Fall von dreijährigem Gebrauch eines Inf. capit. papaveris.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Untersuchungen aus dem physiologischen Institute der Universität Heidelberg, herausgegeben von Prof. W. Kühne. Bd. IV. Heft 1 u. 2. Mit 13 Holzschnitten und 4 lithographirten Tafeln. C. Winter. — Heidelberg 1881.

— Grundriss der Chirurgie von Professor C. Hueter. II. Hälfte. Specieller Theil. Lief. 1. Die chirurgischen Krankheiten des Kopfes. Mit 108 Abbild. — F. C. W. Vogel. — Leipzig 1881.

— Der Boden der Hauptstädte Europas. Geologische Studien von Fel. Karrer. — Alfr. Hölder. — Wien 1881.

— Revista medica de Chile № 9.

— Anales del circulo medico argentino № 9.

— Wiener Klinik. Heft 7. Müller und Ebner: Ueber Nervendehnung bei peripheren und centralen Leiden, besonders bei Tabes dorsalis. — Urban und Schwarzenberg. — Wien 1881.

— I. A clinical contribution to the study of post-paralytic chorea und II. A contribution to the study of localized cerebral lesions by E. C. Seguin. M. D. New-York 1877. (Sep.-Abdr.)

— Transactions of the American dermatological Association. Official report of the proceedings by the secretary Dr. Arthur v. Harlingen. Philadelphia 1881.

— Revista medica de Chile. 15. April.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztlichen Vereins.

Sitzung vom 20. April 1881.

1. Dr. Sesemann macht eine vorläufige Mittheilung über verschiedene von ihm seit längerer Zeit angestellte Versuche zur Conservirung von Kinderleichen und einzelner Körpertheile Erwachsener. Er demonstrirt zugleich die betreffenden Objecte. Sein Bestreben war dahin gerichtet die Form und Farbe möglichst unverändert zu erhalten. Die bisher übliche Injectionsspritze ist untauglich, weil die Flüssigkeit unter zu starkem Druck eindringt, so dass Arterien platzen nnd das Gewebe stellweise verderben. Auch der Wywodzow'sche Pumpapparat ist unpraktisch, weil eine Person fortwährend dabei sein und die Procedur leiten muss. Vortragender hat den vom verstorbenen Professor Heppener gebrauchten Irrigator angenommen; die Flüssigkeit dringt unter einem Druck von 1½—2 Meter Wassersäule gleichmässig ein und braucht der Strom nur im geeigneten Moment unterbrochen zu werden. Allgemeine Regel ist, dass zur Erhaltung der natürlichen Farbe sich nur die Metallsalze eignen: Chlorzink und Sublimat in Glycerin und Alcohol. Er macht eine kleine Wunde über der Carotis communis, führt einen Tubus in die Arterie, lässt nach Beendigung der Procedur den Tubus in der Wunde und wiederholt die Injection nach Bedürfniss, wenn in der nächsten Zeit ein Theil der Flüssigkeit ausgesickert sein sollte, später sickert nicht viel mehr aus. Die Arbeit wird in extenso gedruckt werden.

2. Dr. Haberkorn berichtet dem Verein über die Ergebnisse, zu denen er bei Züchtung verschiedener Bacterien gekommen zu sein glaubt. Er legt auch einige mikroskopische Präparate vor. Vortragender unterscheidet bei uns 9 verschiedene Arten von Bacterien, darunter solche von den 3 Typhusformen, von Variola, Morbillen, Intermittens und Diphtheritis. Die Kugeln und Stäbchen sind verschiedene Entwickelungsphasen und als solche allen gemeinsam; die wichtigen unterscheidenden Merkmale findet er in der Grösse, Bewegung und Farbe der Elemente; besonderen Nachdruck legt er auf die Farbe und Bewegung. Die Bacterien findet er nicht nur im Blut sondern auch im Zungenbelag mnd zwar schon am 2. Tage nach der Infection. Der Zungenbelag ist ein gegenwärtig wenig beachtetes Symptom, doch könne man aus ihm allein schon die Diagnose stellen und weiter dann, im Erkennungsfall durch das Mikroskop, dem Ausbruch der Krankheit vorbeugen.

Von Seiten mehrerer Anwesenden wurden Zweifel an der Sicherheit der Methode des Vortragenden laut.

3. Dr. Herrmann giebt einen kurzen Bericht über die Krankenbewegung vom März im Obuchow-Hospital: die Gesammtaufnahme betrug 1505. Davon kamen auf d. F. recurrens 11,3%, T. exanth. 31,8%, T. abdom. 12,0%, Catarrh. org. respirat. 1,5%, Catarrh. org. digest. 3,2%, Pneumonie 2,7%, Phthisis 8,6%.

Die Gesammte-Mortalität betrug 12,6%, T. recurr. 6,4%, T. exanth. 8,3%, T. abdom. 9.7%.

z Z. Director Dr. Herrmann.
Secretär Dr. Tiling.

Protokolle des Allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 21. April 1881.

Im Anschluss an den in der Sitzung vom 7. April gehaltenen Vortrag über acute Ostitis stellt Dr. Reyher einen Kranken vor mit der Diagnose: *Knochenabscess der linken Tibia.* Ref. basirt seine Diagnose auf folgende Momente: 1) die seit längerer Zeit bestehenden *bohrenden* Schmerzen in der Tiefe des linken Unterschenkels, 2) das remittirende freilich jedoch nicht hohe Fieber (Abendtemperaturen bis zu 38,0°), 3) den allgemeinen sehr erheblichen Kräfteverfall des Pat. und 4) auf die *topische Temperaturerhöhung* des linken Unterschenkels, welche besonders auffallend an dessen vorderen Seite wahrnehmbar ist. Dr. Reyher gedenkt in kürzester Zeit am Pat. die Trepanation des Unterschenkels vorzunehmen und behält sich vor, über den Ausgang der Operation der Gesellschaft Mittheilung zu machen.

Dr. Sesemann hält einen Vortrag über Balsamirung menschlicher Leichen und legt der Gesellschaft eine Anzahl von ihm nach den verschiedensten Methoden balsamirter Kinderleichen vor. Der Vortrag wird in einer der nächsten Nummern der St. Petersburger med. Wochenschrift im Druck erschienen.

Dr. Bary berichtet über einen von ihm beobachteten Fall von Trichinose mit letalem Ausgange. Pat. 28 Jahre alt, von kräftigem Körperbau, früher immer gesund gewesen, frühstückte am 1. März bei einer ihm befreundeten Familie, und verzehrte dabei einige Schnitte Schinkenwurst. Einige Tage darauf verlor er den Appetit, sein bisher stets regelmässiger Stuhl wurde unregelmässig. Durchfall und leichte Constipation wechselten mit einander ab. Es traten Schmerzen im Leibe auf, sein bisher sehr guter Schlaf wurde unruhig, seine Gemüthsstimmung deprimirt. Am 15. März, nachdem Pat. von der Beerdigungsceremonie des verstorbenen Kaisers ganz durchfroren nach Hause gekommen war, stellten sich leichtes Frostgefühl, Hitze, starke Kopfschmerzen und grosse Mattigkeit ein. Obgleich er in der nun folgenden Nacht stark transpirirt hatte, fühlte er sich am nächsten Morgen ganz ungemein matt. Er konnte die Augen kaum öffnen, und klagte über sehr heftige Schmerzen in den Oberarmen. Bald bemerkte er, dass seine Augenlider und das Gesicht stark geschwollen waren. Unterdessen hatte Pat. erfahren, dass die ganze Familie, mit der er am 1. März gefrühstückt hatte, an Trichinose erkrankt sei. Der nun hinzugerufene Arzt (Dr. Knoch) erkannte die Krankheit als Trichinosis, und verordnete Drastica, Calomel, Santonin und der grossen Schmerzen und der Schlaflosigkeit wegen Chloral-hydrat. — Ref. sah Pat. zum ersten Mal am 1. April. Pat. klagt über grosse Mattigkeit, Schlaflosigkeit, über Kau- und Schlingbeschwerden und heftige Schmerzen in den Oberarmen. Er transpirirt viel, hat keinen Appetit und litt bis zum vorhergehenden Tage an ziemlich starken Durchfällen. Augenlider, Gesicht und Hals stark angeschwollen. Den Mund kann Pat. kaum soweit öffnen, um die Zunge zu zeigen, welche letztere feucht, weisslich belegt ist, und an ihren Rändern deutliche Abdrücke der Zähne aufweist. Puls voll, 92 Schläge in der Minute, Temperatur 39,4°. Auscultation und Percussion ergeben nichts Abnormes. Die Schwäche des Kranken ist so bedeutend, dass er sich nur mit Mühe von seinem Sitze erheben kann, und nur mit grösster Anstrengung einige Schritte zu gehen im Stande ist, wobei er seine Beine mehr schleppt als hebt. — Ordination: Natri salicyl. ℥ij : ℥VI.

Am 2. April Puls 84, Temp. 38,0°. Pat. hat in der Nacht besser geschlaffen und leicht transpirirt, die Geschwulst des Gesichts und des Halses hat etwas abgenommen. Am 3. April Puls 80, Temp. 37,4°. Schlaf länger und fester. Die Anschwellung des Gesichts und des Halses fast ganz geschwunden. Pat. kann den Mund gut öffnen, fühlt sich auch viel kräftiger und kann besser gehen. Appetit hat sich eingestellt, eine dünne Ausleerung; die Schmerzen in den Oberarmen bestehen fort.

Am 4. April kein Fieber. Schlaf und Appetit gut, Zunge feucht und rein, kein Stuhl. Pat. fühlt sich behaglicher.

Am 5. April macht Pat. einen kleinen Spaziergang aber mit Anstrengung, am 6. ging er wieder aus und fühlte sich bereits bedeutend kräftiger.

Am 8. April leichtes Frösteln, Pat. ist sehr verstimmt, nachdem er sich Abends zu Bett gelegt kein Schlaf und stellen sich nun heftige Schmerzen in den Waden ein; dabei starkes Hitzegefühl, Schweiss und grosse Mattigkeit.

9. April: Pat. liegt mit angezogenen Beinen, jede Berührung und Bewegung der Beine sehr schmerzhaft. Die Waden sind angedrungen und fühlen sich sehr hart an. Puls 88. Temp. 39,0. Ordination: Natr. Salicyl., Hautreizmittel, ein warmes Bad. Nach 3 Tagen waren alle die eben genannten Erscheinungen geschwunden, Pat. fühlt sich noch sehr matt, kann in der Nacht nicht schlafen, ist jedoch wieder im Stande zu gehen.

Am 17. April fühlte sich Pat. soweit wohl, dass er im Laufe des Tages eine volle Stunde gehen konnte und zum Abend besuchte er eine ihm befreundete Familie. Daselbst angekommen empfand er wiederum leichtes Frösteln, — die bereits fast ganz geschwundene Mattigkeit stellte sich wieder ein und nahm rapide zu. Er fing an schwer zu athmen und drohte vom Stuhl zu fallen, wesshalb Pat. hingelegt wurde. Um 11 Uhr Abends fand Ref. den Kranken in folgendem Zustande: Pat. liegt auf dem Rücken, athmet sehr schwer mit grosser Anstrengung und geräuschvoll. Bewusstsein vollkommen ungetrübt. Pat. klagt über sehr bedeutende Athembeschwerden, über Schmerzen im Verlaufe des Rippenbogens bis ins Kreuz hinein und hustet leicht. Gesicht sehr blass, Körpertemperatur erniedrigt 36,8°, Puls nicht fühlbar, Herztöne kaum hörbar. Nach Anwendung verschiedener Analeptica (Tinct. Moschi subcutan, Sauerstoffinhalationen etc.) wurde die Herzthätigkeit kräftiger, Puls hob sich, die Respiration leichter. Um 2½ Uhr Nacht athmete der Kranke ganz ruhig, seine Herzthätigkeit hatte sich wesentlich gehoben; Pat. glaubte nun ruhig schlafen zu können.

18. April. (2 Uhr). Pat. hat etwas geschlafen und stark transpirirt, — hat am Morgen etwas Thee zu sich genommen und fühlt sich abgesehen von einer sehr erheblichen Mattigkeit ziemlich wohl. Respiration ruhig, Puls recht gut, der Schmerz längst des Rippenbogens dauert noch fort. In beiden unteren Lungenlappen sibiliren die Geräusche.

Um 11½ Uhr Abends findet Ref. Pat. in demselben Zustande wie am Abend zuvor. Puls nicht fühlbar, Temperatur herabgesetzt. Respiration sehr erschwert, starke Schmerzen im Verlaufe des Rippenbogens: Dieses Mal blieben alle angewendeten Mittel, die Herzthätigkeit zu heben ohne Erfolg. Um 2½ Uhr Nachts stirbt Pat. bei vollem Bewusstsein unter asphyctischen Erscheinungen. Leider konnte die Section nicht gemacht werden. (cf. №№ 17 und 19 d. Wochenschr.)

Dr. Ettlinger legt der Gesellschaft zwei Präparate von angeborenen Herzanomalien vor.

In dem einen Falle handelt es sich um: *Einmündung der Venae pulmonales in den rechten Vorhof, Offenbleiben des Foramen ovale und Persistenz des Ductus arteriosus Botalli*, im zweiten Präparat um: *Transposition der Aorta* und *der Art. pulmonalis, Offensein des Foramen ovale, Persistenz des Ductus arteriosus Botalli und um einen partiellen Defect im Septum ventriculorum.*

Dr. Reyher legt der Gesellschaft einige chirurgische Instrumente vor: 1) das Hunter'sche Pharyngotom; zur Eröffnung des Retropharyngealabscesses kann es Dr. Reyher sehr empfehlen. 2) Pincetten mit seitlich abgerundeten gezahnten Enden zum Fassen der Gefässscheide bei Gefässunterbindungen, dieselben sollen sehr practisch sein. 3) 2 Schwanenhalsförmige Nadelhalter zur Suturenanlage im Rachen, und 4) den Nirup'schen Nadelhalter, den Ref. als sehr practisch bezeichnet. Secretär Dr. Lange.

Tagesereignisse.

— Das wichtigste Ereigniss für die medicinische Welt Russlands ist im Augenblicke die definitive Ernennung von Nik. Jewg. Mamonow zum Director des Medicinal-Departements. Lange genug hat man auf diesen längstersehnten Personalwechsel in der Leitung des Medicinalwesens des Reiches warten müssen, — um so freudiger wird er unstreitig allerseits begrüsst werden. Das Medicinaldepartement, in welchem jede lebendige Regung und alles gesunde Urtheil unter kritiklosem Paragraphenthum verschüttet schien, wird hoffentlich unter der neuen Leitung die Bedeutung wieder gewinnen, welche einer so wichtigen Regierungsinstanz zukommt. Mamonow ist viele Jahre hindurch bis zu seiner Berufung auf den Posten eines Vicedirectors ein sehr beschäftigter Hospitalarzt und Praktiker in Moskau gewesen, ein Umstand, der dafür bürgt, dass er einen offenen Sinn für die Bedürfnisse und Interessen unseres Standes mitbringt.

Diese Ernennung berechtigt zu der Erwartung, dass unter Anderem auch die augenblicklich schwebende Hospitalreform in St. Petersburg einer baldigen und befriedigenden Verwirklichung entgegengeht.

— Dr. Alex. Lang, seit etwa 30 Jahren Arzt in Fellin, ist gestorben.

— Prof. Anton Bryk in Krakau ist 62 Jahre alt gestorben. In Franzensbad starb Dr. P. Cartellieri.

— Die «Allg. Wiener medic. Zeitung» sowie die «Wiener medic. Wochenschrift» nehmen lebhaft Partei für Prof. Klebs als Nachfolger von Heschl auf dem Lehrstuhl der pathol. Anatomie. Es ist bezeichnend genug, dass jene beiden sonst so feindlichen Fachblätter in diesem Puncte übereinstimmen. In der That steht die öffentliche Meinung der medicinischen Welt in dieser Personalfrage ganz auf Seiten des Separatvotums von Arlt und der Candidatenliste der Majorität entgegen.

Miscellen.

— Aus Kiew wird uns nachstehender Fall mitgetheilt, welcher ein Beispiel für die missliche Situation liefert, in welche der Arzt bei Erfüllung seiner Pflichten gerathen kann:

Der Gärtner des botanischen Gartens wollte in einem Zustande höchster Aufregung, welcher theils durch Trunk, theils durch andere Umstände herbeigeführt war, den Director des Gartens ermorden. Ein spät in der Nacht von der Frau des Kranken herbeigerufener Arzt, erklärte den Fall für einen Anfall von Melancholia activa und den Kranken für einen seiner Umgebung Gefährlichen. Der Arzt leitete die Behandlung an den folgenden Tagen und zwar unentgeltlich weiter, bis der Kranke auf Ansuchen des Rectors der Universität durch die Medicinalbehörde in's Krankenhaus gebracht wurde. Nachdem der Aufregungszustand daselbst noch einige Tage fortgedauert hatte, wurde der Kranke seiner Frau, auf deren Bitte, zur Verpflegung und Beobachtung zurückgegeben. Nach Hause zurückgekehrt, reichte der Kranke und seine Familie eine Klage bei der höchsten administrativen Behörde und beim Staatsanwalt über ungesetzliche Freiheitsberaubung eines Gesunden ein. Zugleich brachten die localen Zeitungen Sensationsartikel, in denen der Sachverhalt ganz anders dargestellt und dem betreffenden Arzte mit Criminalverfolgung gedroht wurde. — Nur mit vieler Mühe gelang es endlich dem Arzt eine kurze Entgegenung und Zurechtstellung in die Zeitung zu rücken.

Der Arzt, der hier gewissenhaft seine Pflicht erfüllt und keine Mühe noch Aufopferung gescheut hatte, wurde somit öffentlich angegriffen, blosgestellt und mit Criminalverfolgung bedroht, weil er die Veranlassung war, dass der Kranke statt in's *Polizeigefängniss* — in's *Krankenhaus* gebracht wurde. Auf die Zurechtstellung des Arztes hin, erfolgte öffentlich in keiner Weise Parteinahme für ihn.

Die Folgen eines derartigen Verfahrens liessen nicht lange auf sich warten; denn einem anderen Collegen ging es noch ungünstiger. Ein Geisteskranker, der ebenfalls seinem Vater zur Beobachtung übergeben war und jene Zeitungsartikel gelesen hatte, fühlte sich verpflichtet, den Arzt, auf dessen Gutachten hin er einst in's Krankenhaus gebracht worden war, auf offener Strasse mit dem Stock über den Kopf zu schlagen und ausserdem noch ein Criminalverfahren gegen denselben einzuleiten

Tages-Ordnung
der
54. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte
für den 17. (5.) bis 24. (12.) September 1881
zu
Salzburg.

Sonnabend, den 17. September, Abends: Gesellige Vereinigung im Curhause.

Sonntag, den 18. September, Morgens 10 Uhr: **Erste allgemeine Sitzung** in der Aula academica.

1. Eröffnung der Versammlung durch den ersten Geschäftsführer Dr. W. Güntner.
2. Begrüssung von Seiten der Behörden.
3. Geheimrath von Pettenkoffer-München «Der Boden und sein Zusammenhang mit der Gesundheit des Menschen».

Nachm. 3 Uhr.: Besuch der beliebtesten Aussichtspunkte in der unmittelbaren Umgebung der Stadt: Mönchsberg mit der Festung »Hohen Salzburg« und Kapuzinerberg.

Abends 7 Uhr: Gartenfest in den Curhaus-Anlagen.

Montag, den 19. September, Morgens 8 Uhr: Constituirung der einzelnen Sectionen in den Sitzungslokalitäten im neuen Schulgebäude und darauf folgende Sections-Sitzungen.

Nachm. Sections-Sitzungen, eventuell Ausflüge in die nächste Umgebung: Fürstenbrunn, Aigen, Hellbrun und Maria Plain.

Abends 7 Uhr: Concert in den Mirabell-Lokalitäten.

Dienstag, den 20. September, Morgens 8 Uhr: Sections-Sitzungen.

Mittags 12 Uhr 30 Min.: Ausflug per Bahn nach Reichenhall.

Mittwoch, den 21. September, Morgens 8½ Uhr: **Zweite allgemeine Sitzung.**

1. Vortrag des Geheimen Hofrathes Weismann-Freiburg i. B. «Thema vorbehalten».
2. Erledigung geschäftlicher Fragen und Wahl des Versammlungsortes für die nächstjährige 55. Versammlung.
3. Regierungsrath Meynert-Wien «Gesetzmässigkeit des menschlichen Denkens und Handelns».

Nachm.: Sections-Sitzungen.

Abends 7 Uhr: Concert und Reunion im Curhause.

Donnerstag, den 22. September, Morgens 8 Uhr: Ausflug per Bahn nach Zell am See für den ganzen Tag.

Freitag, den 23. September. Morgens 8 Uhr: Sections-Sitzungen.

Mittags 1 Uhr: Gemeinschaftliches Mittagessen.

Nachm.: Ausflüge in die Umgebung.

Abends 7 Uhr: Promenademusik im Curhause.

Sonnabend, den 24, September Morgens 10 Uhr: **Dritte allgemeine Sitzung.**

1. Geschäftliche Mittheilungen.
2. Regierungsrath Ritter von Oppolzer-Wien: «Ist das Newton'sche Attractionsgesetz zur Erklärung der Bewegungen der Himmelskörper ausreichend und hat man Veranlassung, dasselbe nur als Näherungsausdruck zu bezeichnen».
3. Regierungsrath Mach-Prag: «Der naturwissenschaftliche Unterricht».

Abends 7 Uhr: Abschiedsgruss mit Liedertafel im Curhause.

Die spezielle Ausführung der vorstehenden Tageseintheilung wird durch das Tageblatt unter der Rubrik Tagesordnung bekannt gemacht.

Personal-Nachrichten.
Amtliche.

— *Bestätigt*: Dr. med. Chodin, bisher Assistent b. d. Michaels-Klinik des Baronet Wylie — als ausserordentl. Prof. für das Katheder der Ophthalmologie bei der Wladimir-Universität.

— *Ernannt*: Der jüng. Ord. bei der Katharinen-Abtheilung des Moskauer Arbeiter-Hospitals Dr. med. Skalosubow — zum ält. Ord. beim Moskauer Polizei-Hospital; der jüng. Ord. des Katharinen-Krankenhauses zu Moskau, Zirkunenko — zum stellvertret. ält. Arzt der Moskauer Gefängnisse; der jüng. Ord. des Preobrashenski-Krankenhauses zu Moskau, Butzke — zum ält. Ord. dieses Krankenhauses und der Operat.-Consultant bei der Katharinen- und Mjasnizki-Abtheilung des Moskauer-Arbeiterhospitals, Böthlingk — zum Consult. für chirurgische Krankheiten bei den nämlichen Hospitalabtheilungen.

— Aus dem Dienst *entlassen* wegen häusl. Verhältnisse der Medicinal-Inspector der Häfen des Stillen Oceans und Oberarzt des Marine-Hospitals von Wladiwostok wirkl. St.-R. Pfeiffer — mit Uniform.

Vacanzen.

— *Eine Landschaftsarztstelle* im Kreise *Rannenburg* (Oranienburg) des Gouvernements *Rjasan* ist vacant. Der Arzt hat in dem zweiundzwanzig Werst von der Kreisstadt entfernten Kirchdorf Troizkoje zu wohnen. Gehalt 1200 Rbl. jährlich nebst 300 Rbl. Fahrgeldern bei freier Wohnung mit Licht und Beheizung. Auf diese Stelle Reflectirende sind gebeten, sich bezüglich der näheren Bedingungen an das Kreis-Landschaftsamt von Rannenburg zu wenden.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 19. Juli 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	787	349	1136
Alexander- «	579	163	742
Kalinkin- «	—	419	419
Peter-Paul- «	381	174	555
St. Marien-Magdalenen-Hospital	166	71	237
Marien-Hospital	295	241	536
Ausserstädtisches Hospital	486	143	629
Roshdestwensky-Hospital	55	17	72
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	339	131	470
6 zeitw. Hospitäler	873	132	1005
Ausschlags-Hospital	6	8	14
Summa der Civilhospitäler	3967	1848	5815
Nikolai-Kinder-Hospital	16	26	42
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	49	56	105
Elisabeth-Kinder-Hospital	12	15	27
Summa der Kinderhospitäler	77	97	174
Nicolai-Militär-Hospital	316	17	333
Ssemenow'sches Militär-Hospital	131	—	131
Kalinkin-Marine-Hospital	189	—	189
Gesammt-Summa	4680	1962	6642

Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	1744	438	2182
Scarlatina	6	20	26
Variola	10	2	12
Venerische Krankheiten	485	416	901

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 12. Juli bis 19. Juli 1881 besucht von 2862 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1189.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs

für die Woche vom 5. bis 11. Juli 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 721 (Todtgeborene 19). Mortalität der Woche für das Jahr berechnet 55,3 p. M.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
452	269	721	139	47	76	21	11	44	99	84	79	60	26	12	3	10

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 41, Typh. abd. 37, Febris recurrens 52, Typhus ohne Bestimmung der Form 13, Pocken 6, Masern 3, Scharlach 8, Diphtheritis 18, Croup 3, Keuchhusten 1, Puerperalkrankheiten 0, Dyssenterie 3, Thiergift 1, andere Infectionskrankheiten 12.

— Gehirnapoplexie 11, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 20, andere Gehirnkrankheiten 25, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 20, acute Entzündung d. Athmungsorgane 53, Lungenschwindsucht 110, andere Krankheiten der Brustoberfläche 6, Gastro-intestinal-Krankheiten 149, andere Krankheiten der Bauchhöhle 30, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 36, Marasmus senilis 18, Cachexia 20.

— Tod durch Zufall 9, Selbstmord 2, Mord 0.

— Andere Ursachen 14.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 24 Іюля 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh., Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg, Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 31. St. Petersburg, 1. (13.) August. 1881.

Fibrome in Folge von Ohrringen.

Von

Dr. M. Buch

(Helsingfors)

Wir wissen im Ganzen noch so wenig über die Genese der Tumoren, dass ein Fall, in welchem sie klar auf der Hand liegt, wohl Interesse verdient.

In der Ishew'schen Gewehrfabrik (Gouv. Wjatka) stellte sich mir am 6. Mai 1880 ein russisches Weib von 19 Jahren vor mit einem etwa haselnussgrossen Tumor an der hinteren Seite des linken Ohrläppchens. Ihm gegenüber auf der vorderen Seite desselben Ohrläppchens war ein etwa erbsengrosses Geschwülstchen zu sehen; und zwar hingen beide Tumoren, das Ohrläppchen durchsetzend, mit einander zusammen. Die beiden Tumoren sassen genau an der Stelle, an welcher man gewöhnlich den Ohrring anbringt, so dass ich unwillkürlich nach dem anderen Ohrläppchen griff und wirklich fanden sich hier, genau an derselben Stelle zwei ähnliche Tumoren, welche durch die Substanz des Ohrläppchens hindurch mit einander in Verbindung standen, doch hatte das hintere Geschwülstchen nur etwas über Erbsengrösse, das vordere war noch kleiner. Die Anamnese ergab nun Folgendes:

Pat. hatte früher nie Ohrringe getragen. Erst zu Pfingsten 1879, also gerade vor einem Jahre, hatte sie, da sich Freier am Horizonte zeigten, sich die Ohrläppchen durchbohrt und vergoldete silberne, Ohrringe eingelegt. In demselben Sommer wurde sie verheirathet, trug aber gleichwohl die Ohrringe weiter. Im Herbst bemerkte sie an beiden Ohrläppchen *rings um den Ohrring herum eine kleine ringförmige Geschwulst.* Dieselbe wuchs beständig und zwar links rascher als rechts. Bei trübem Wetter sind die Geschwülstchen schmerzhaft und gewinnen dann ein dunkelrothes Aussehen; für gewöhnlich aber sind sie nicht empfindlich. Erst zu Ostern dieses Jahres, also vor etwa einem Monate entfernte sie die Ohrringe. Sie behauptet keine Arzneimittel angewendet zu haben.

Die Geschwülstchen sind hart, elastisch, das grösste derselben hat eine tuberöse Oberfläche. Sie sind von normaler Haut überzogen, die sich unmittelbar in die des Ohrläppchens fortsetzt. Vergrösserte Drüsen, charakteristische Narben oder andere Zeichen scrophulöser oder andere Dyskrasieen bot die Patientin nicht dar. Die Tumoren wurden als Fibromata tuberosa cutis diagnostirt, durch keilförmige Schnitte entfernt und in Alkohol gelegt. Die Wunden verwuchsen, sorgfältig vernäht, per primam.

Fig. 1.



Fig. 3.



Die Präparate wurden, nachdem sie 8 Monate lang in Alkohol gelegen, von meinem Collegen, Dr. med. B. Oks aus Odessa, dem ich hiermit meinen besten Dank dafür ausspreche, der mikroskopischen Untersuchung unterworfen, welche meine Diagnose vollständig bestätigte. Die Schnitte wurden in Glycerin, Fuchsin und Hämatoxilin beobachtet. Auf Querschnitten zeigte sich als überwiegendes Element Fasergewebe, mit stellweise eingestreuten Bindegewebskörperchen («Endothelialzellen»). Auf Quer- sowohl wie Längsschnitten präsentiren sich Bindegewebs-Bündel, stellenweise ganz ohne, stellenweise mit hie und da eingestreuten Körperchen, während an anderen Stellen sich geringere oder grössere Häufchen von Bindegewebskörperchen sammeln hauptsächlich von Spindelform, doch kommen auch, wenngleich selten, runde und sternförmige Körperchen vor. Die Tumoren durchsetzen jederseits das Ohrläppchen.

Fig. 1 stellt ein schematisches Bild des heilen Präparates vom linken Ohre dar, Fig. 2 (S. 272) einen Querschnitt mit Längszügen und querdurchschnittenen Bindegewebsbündeln ohne Körperchen. Fig 3 und 4 (Seite 272) Längsschnitte mit eingestreuten Körperchen, die theilweise mit mehreren Kernen versehen sind (Fig. 2—4 von Dr. Oks gezeichnet).

Was die Genese dieser Geschwülste betrifft, so wurde ohne Zweifel das subcutane Bindegewebe des Ohrläppchens durch den Reiz des Ohrringes zu excessivem Wachsthum angeregt, ähnlich wie bei der Granulationsbildung. Wenn das Wachsthum weniger intensiv ist, das Gewebe weniger blutreich und die neugebildeten Bindegewebszellen nicht in Eiterkörperchen zerfallen, sondern als Bindegewebs-Bestand-

theile persistiren und weiter das Material für Bindegewebsfasern abgeben, mögen statt der Granulationen Fibrome entstehen, über denen die Haut intact bleibt.

Fig. 2.

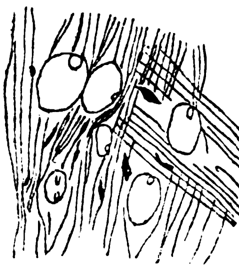


Fig. 4.



Kleine Geschwülstchen in Form von beweglichen Knötchen in der Substanz des Ohrläppchens finden sich nicht selten als Folge des Tragens von Ohrringen, wie ich mich selbst überzeugt habe, doch bleiben sie stationär, wahrscheinlich weil in der Regel die Ringe rechtzeitig entfernt werden.

Abgesehen von solchen Vorkommnissen, die meist unschädlich verlaufen, ereignet es sich viel häufiger, dass sich an den Einstichstellen für die Ohrringe Erysipelas etablirt. Meine Köchin liegt gegenwärtig an einer Rose darnieder, die hiervon ihren Ausgang nahm und vor Kurzem präsentirte Prof. Ziemssen in seiner Klinik einen ähnlichen Fall.

Angesichts solcher Ereignisse wirft sich immer wieder die Frage auf: Wann werden unsere Frauen von der barbarischen Sitte abkommen, sich und ihren Kindern des Schmuckes (?) wegen den Körper zu durchbohren.

Ueber den Verband bei Querbruch der Patella.

Von

B. A. Oks.

(Aus dem Odessaer jüdischen Hospitale).

Die Kleinbürgerin M. Felbarg, 46 Jahre alt, trat am 16. April 1879 in das Hospital ein. Am 10. desselben Monats war sie auf dem Trottoir ausgeglitten und auf die Knie gefallen, wobei das linke sehr schmerzhaft auf den Boden stiess. Sie wurde aufgehoben und nach Hause gebracht, woselbst das linke Knie anschwoll; sie blieb im Bette und machte Umschläge mit Eiswasser.

Bei der Aufnahme der Kranken war das Allgemeinbefinden ein ganz befriedigendes, Fieber nicht vorhanden. Die Patella war leicht durchzufühlen und in der Querrichtung fracturirt; der Abstand zwischen dem oberen und unteren Bruchstücke betrug 3 Ctm.

Am 18. April 1879 legte ich an das linke Knie einen Verband an. Der von mir zu diesem Zwecke ausgesonnene Verband war sehr einfach. Nach Streckung der Extremität und Näherung der Patellarhälften fixirte ich die letzteren in dieser Lage durch verschiedene Touren mit einer Flanellbinde. Darauf applicirte ich einen gewöhnlichen Gypsverband, in welchen ich quer zur Längsrichtung der Extretät 2 flache Holzstäbchen einlegte, das eine oberhalb des oberen, das andere unterhalb des unteren Bruchstückes der Patella; die Enden der Stäbchen ragten an den Seiten weit aus dem Verbande hervor. Nach dem Erstarren des Gypsverbandes schnitt ich in demselben an der Vorderfläche des Knies ein Fenster von der Länge der Kniescheibe aus. Nachdem ich mich davon überzeugt hatte, dass die Bruchstücke der Patella etwas dislocirt waren, legte ich dieselben wieder aneinander und befestigte sie in dieser Lage, indem ich mit einer Binde die Enden des an den Seiten aus dem Verbande hervorragenden oberen Stäbchens mit denen des unteren zusammenband. Der Effect dieses Verbandes war eine vollkommene Adaption der Bruchenden, sowie die Möglichkeit, die Lage derselben immer zu controliren.

Die Patientin lag die ganze Zeit hindurch im Bette, bald in der Baracke, bald im Garten. Unter den Fuss wurde ein Kissen geschoben. Nach 10 Wochen, am 27. Juni, entfernte ich den Verband und überzeugte mich davon, dass die Patella zusammenhielt; bei der (schmerzhaften) Beugung des Knies erfolgte keine Diastase der Bruchenden. Es wurden Bäder verordnet. Am 14. Juli 1879 verliess die Kranke das Hospital. Sie gebrauchte das Knie ungehindert, beugte und streckte dasselbe.

Nach 20 Monaten suchte ich die Patientin auf und stellte sie Dr. S. M. Morgulies vor, in dessen Abtheilung sie behandelt wurde. Sie gebrauchte den Fuss ungehindert und stieg Treppen leicht hinauf und hinunter. Bei der Besichtigung der Kniescheibe constatirten wir indessen das Fehlen einer knöchernen Verwachsung: beim Fixiren des oberen Abschnittes liess sich der untere seitlich verschieben und umgekehrt. In der Mitte der Patella war keine Diastase nachzuweisen, an den Seiten aber zeigte sich ein Spalt von 0,5 Ctm.

Die von uns nach fast 2 Jahren constatirte Diastase der Patella kann nicht wundern. Wenn keine knöcherne Vereinigung erzielt war, so erscheint eine Dehnung der fibrösen Verbindung ganz natürlich. Ich weiss nicht, wie weit überhaupt die Möglichkeit einer knöchernen Vereinigung bei Patellarbrüchen sicher gestellt ist. Dupuytren meint, die Vereinigung der Bruchstücke erfolge gewöhnlich durch fibröses Bindegewebe, und beruft sich auf Cooper und andere Forscher, die die Verwachsungsstellen der Patella mit Terpentin behandelten und zwischen den Bruchstücken ein durchscheinendes fibröses oder fibrös-knorpliges Gewebe fanden. Uebrigens verhindert nach Dupuytren nur die Unmöglichkeit der Aneinanderlagerung der Fracturenden die knöcherne Vereinigung; bei Längsbrüchen der Patella, bei denen die Bruchflächen sich zusammenlegen lassen, verknöchere der Callus immer in einem halben oder einem Jahre [1]. Die Schwierigkeit einer knöchernen Vereinigung der Kniescheibe lässt sich auch in den Fällen, in welchen die Bruchenden aneinander gelegt sind, dadurch erklären, dass die Patella auf der einen Seite ein schwaches Periost und auf der anderen einen Knorpelüberzug besitzt [2]. Koenig versichert indessen, dass bei Patellarbrüchen auch durch die Section erwiesene knöcherne Vereinigung vorkommen (l. c.), und Howe theilt mit [3], dass von 59 im Haupthospital von Massachusetts beobachteten Patellarfracturen zwei mit knöcherner Vereinigung endeten. Ich wage nicht zu entscheiden, wie weit diese Mittheilung über allen Zweifel erhaben ist.

Wenn man die knöcherne Vereinigung bei vollständiger Anpassung der Bruchflächen der Patella für möglich hält, so entspricht mein Verband vollkommen dem Zwecke. Dabei weichen die Bruchenden nicht auseinander und lässt sich die Lage derselben gut controliren. Dieser Verband lässt sich auch bei Längsbrüchen der Patella anwenden: hierbei muss man nur die in den Verband einzulegenden Stäbchen in der Längsrichtung befestigen und nach dem Ausschneiden des Fensters mit einer Binde über, auf und unter der Kniescheibe einander nähern. Anstatt Gyps würde ich jetzt Tripolith nehmen.

Als ich den Collegen im Hospitale den Verband zeigte, erfuhr ich von ihnen, dass auch sie denselben schon längst anwenden. In der That ist dieser Verband so einfach und bequem, dass wahrscheinlich viele Collegen denselben selbstständig ausgesonnen und benutzt haben. Aber in der mir zugänglichen Literatur fand ich nicht die Beschreibung eines ebensolchen Verbandes; erst nach Anlegung desselben, stiess

---

[1] Die chirurgische Praxis der bewährtesten Wundärzte. Berlin 1840, Bd. I, S. 930.

[2] Fr. Koenig, Specielle Chirurgie. Berlin 1877, Bd. II, S. 904.

[3] O. Howe, Fracture of the patella. Boston medical and surgical Journal. 6. September 1877. — Howe theilt auch die mittleren Zahlen der Entfernungen der Bruchstücke in den beobachteten Fällen mit: vor der Behandlung 1,1" und nach der Behandlung 0,33".

ich auf folgende 3 vorgeschlagene Verbandarten, von denen nur eine von der meinigen Aehnlichkeit hat.

1) Marcy schlägt bei Patellarfracturen folgenden Verband vor: nach der Resorption des Exsudates befestigt man auf der Vorderfläche des Ober- und des Unterschenkels 2 Heftpflasterstreifen mit breiter Basis, deren schmale Enden sich auf der Patella begegnen, indem sie dieselbe frei lassen. Darauf wird ein Gypsverband angelegt, aus welchem auf der Kniescheibe ein Fenster herausgeschnitten wird. Unter und über dem Fenster werden im Verbande eiserne Haken befestigt. Die freien Enden der Heftpflasterstreifen werden mittelst einer elastischen Binde mit den Haken verbunden, wodurch die Bruchstücke einander genähert werden. In drei Fällen, in welchen der Autor diesen Verband anlegte, liess sich Verwachsung erzielen mit einer Diastase von $^1/_4$ und $^5/_8$ Zoll [1].

2) Galloupe legt, wie auch Marcy, Heftpflasterstreifen auf die Vorderfläche des Ober- und Unterschenkels an, bindet die freien Enden auf der Patella zusammen und erreicht so eine Annäherung der Bruchenden [2].

3) Steavenson ersann einen Apparat, bestehend aus einer kurzen hinteren Schiene, an welcher 2 Schlingen einer elastischen Binde befestigt sind. Die eine Schlinge wird von hinten und oben nach vorn und unten geführt zum unteren Bruchstücke der Patella, welches dadurch nach oben gezogen wird, die andere von unten und hinten nach oben und vorn, um das obere Bruchstück nach unten zu ziehen. Das Auseinanderweichen der Bruchstücke wird dadurch verhindert, dass die Binde die Patella nicht nur von oben und von unten, sondern auch von vorn fixirt [3].

Ueber die heute geltenden Hauptgrundlagen unseres Militär-Sanitätswesens und die Grundzüge für eine eventuelle Radicalreform desselben.

Vortrag, gehalten am 11. November 1880 im allgemeinen Verein St. Petersburger Aerzte.

Von

Dr. Köcher.

(Schluss).

Die positiven Neuerungen in dem Projecte sind folgende: zuvörderst eine *andere Eintheilung* und *veränderte Benennung* der vorhandenen Sanitätsanstalten. Man theilt sie ein in 2 Kategorien: in solche, welche *Verbandzwecken* dienen, diese werden Feldlazarethe genannt; und in solche, welche für *Heilzwecke* bestimmt sind — diese heissen temporäre Kriegshospitäler.

Zu der ersteren (für Verbandzwecke) gehören heute das gegen früher ganz bedeutend verkleinerte Divisionslazareth, die Regimentslazarethe, die Artillerie-Brigadelazarethe und die Lazarethe der abgetheilten Bataillone und der Schützen-, Sappeur- und Ponton-Bataillone.

Zur 2. Kategorie der temporären *Kriegshospitäler* gehören erstens: die mobilen Kriegshospitäler mit *eigenem* Train und zweitens: die reserven temp. Kriegshospitäler, welche auf requirirtem oder gemiethetem Fuhrwerk sich bewegen müssen. Diese beiden Arten tempor. Kriegshospitäler sind *jedes* auf 200 Mann und 10 Officiere bemessen — dies ist eine fernere Neuerung, und zwar eine durchaus zweckmässige. Eine weitere ist die oben im Vorübergehen erwähnte Verkleinerung des Divisionslazareths, des bisher brauchbarsten Institutes unserer Armee für den Feld-Sanitätsdienst, welchen es im letzten Kriege fast allein auf seinen Schultern gehabt und mit Ruhm bewältigt.

Neu ist sodann die projectirte Einführung von sogenannten «Sanitätstransporten» (Санитарные Транспорты), eines Institutes, welches mit seinen Lazarethwagen, Aerzten, Feldscheerern, militärischen Commandeuren und Mannschaften, den Zweck hat, Verwundete und Kranke vom Schlachtfelde in die temporären Kriegshospitäler zu transportiren, — ein complicirter, bezüglich seiner Anlage und Unterhaltung *höchst kostspieliger* Apparat, der sicher das Budget für Militär-Sanitätszwecke erheblich beschwert, dessen praktischen Nutzen ich mir aber erlaube des dringendsten zu bezweifeln, weil ich glaube, ihn durch eine zweckmässigere Ausnutzung der bereits *vorhandenen* Sanitätsanstalten und ihres Materials *vollständig* gegenstandlos machen zu können.

Die Zahl der *Krankenzelte* der Hospitäler wird gegen früher erheblich verringert und werden sie mit solchen nur für *Ausnahmsfälle* versorgt.

Die Gründung von Sanitätsstationen für gewisse Kategorien Kranker, und Commandos für Marode (Слабосильные) bei solchen Hospitälern wo die Nothwendigkeit dafür vorliegt wird projectirt. Dies ist gewiss eine ganz zweckmässige Einrichtung, dabei aber eigentlich eine Sache, welche sich von selber versteht und deshalb bereits auch im letzten Kriege stellweise prakticirt wurde, da man es nachgerade satt bekam ganz leicht Verwundete, Marode oder Convalescenten die Transportmittel auf kürzeren oder längeren Strecken unnütz durch solche Kranke absorbiren zu lassen, welche dann in Krementschug, Kiew oder gar in St. Petersburg gesund ankamen.

Eine sehr gute Abänderung ist die in Zukunft vorgesehene Regelung des wirthschaftlichen Modus der Hospitäler auf demselben Fusse wie diejenigen der Divisionslazarethe; letzterer ist einfacher, zweckmässiger und bietet dabei viel mehr Garantie für eine thatsächlich gute Wirthschaft. Nach dem Projecte ist sie aber nicht streng und umfassend genug durchgeführt.

Sodann finden sich auch einige Brocken für die Aerzte in den Neuerungen. Ich mag mich darin irren, aber es scheint mir, als will man den Versuch machen ihre Autorität dadurch zu stärken, dass man ihnen das Recht verleiht, ihre Untergebenen zu Belohnungen vorzuschlagen, und einige ihre Position verbessernden Bestimmungen bezüglich der Hospitalwirthschaft und Administration trifft. Ich glaube, diese Absicht würde besser *dadurch* erreicht werden, wenn man die Aerzte durch eine bessere Organisation und genaue Instructionen in die Lage setzte, den an sie herantretenden Aufgaben des Feldsanitätsdienstes in allen Phasen gut gewachsen zu sein, denn nichts stärkt die Autorität eines Mannes, welcher zum Handeln berufen ist mehr, als wenn er seinen Platz *voll* und *ganz* ausfüllt; *das* giebt seinen Handlungen Gewicht und erwirbt ihm das *Zutrauen* von Hoch und Niedrig, nicht aber mehr oder weniger Rechte, welche man ihm verleiht.

Nicht der Reihenfolge, aber dem Wesen nach ist dies der Inhalt des Reformprojects, die zahlreichen Details natürlich nicht mit einbegriffen, welche sich mit der Verwaltung, Wirthschaft und Controlle beschäftigen.

Ein Theil der Neuerungen wie: — andere *Eintheilung* und *neue* Nomenklatur für die Sanitätsanstalten im Felde sind theils unwesentlich, theils nicht streng logisch, denn die zu den Sanitätsanstalten für Verbandzwecke gerechneten Regiments- und Batallionslazarethe, hören durchaus nicht auf, auch den Heilzwecken für ihre Truppentheile zu dienen, wie es auch natürlich ist. Die höchst bedeutende Verkleinerung der Divisionslazarethe an Personal und Material, halte ich für einen durchaus verhängnissvollen Missgriff, unter welchem die Armee in einem eventuellen künftigen Kriege schwer zu leiden haben wird. Denn die Bedürfnisse der Armee auf Verbandplätzen in künftigen Kriegen werden durchaus nicht geringer sein, als sie es im letzten Kriege schon den *Türken* gegenüber gewesen. Es kann also nicht als zweckentsprechend betrachtet werden, dass man die Mittel verringert, welche diesen Bedürfnissen in erster Reihe genügen sollen. Die Regiments- und Batallions-Lazarethe etc. sind im letzten Kriege ebenfalls auf den Verbandplätzen und für Verbandzwecke thätig gewesen und sind im Verein mit den damaligen stärkeren Divisionslazarethen nicht im Stande gewesen den Anforderungen zu *genügen*; wie sollen sie es in Zukunft mit dem an Personal, Zelten und Lazarethwagen ärmeren Divisionslazarethen denn ermöglichen? Aus dem Project ist dies zum Mindesten nicht zu ersehen. Man muss voraussetzen, dass angenommen wird, die Sanitäts-Transporte sollen sie zum Theil ersetzen. Das vermögen sie aber nicht. Ich halte die projectirte Einführung der Sanitätstransporte für unnütz und absolut entbehrlich, ganz besonders, wenn es auf Kosten der Divisionslazarethe geschieht. Es ist ein complizirter Apparat, welcher viel Wagen, Pferde, Officiere und Sanitätspersonal absorbirt, und wiederum — obgleich er medicinischen Zwecken dienen soll durch seinen Specialchef, (Начальникъ транспорта) seinen смотритель, und dann noch durch den neu creirten *militärischen obersten* Chef, aller *Transporte*, den Инспекторъ санитарныхъ транспортовъ, dem diese Transporte und ihr Personal am letzten Ende unterstellt sind, — sich einer directen ärztlichen Beeinflussung entzieht. Mir scheint, es wäre nachgerade die höchste Zeit, mit der Schöpfung derartig organisirter und administrirter Institute einzuhalten. Ausserdem bestreite ich aber auch die Nothwendigkeit für dieses kostspielige Institut solange, als man das *vorhandene* Material nicht besser auszunutzen versteht — und zwar meine ich hier den Train der temporären Kriegslazarethe, welcher bei geschickter Benutzung diese Transporte vollständig zu ersetzen vermag, wie das in anderen Staaten bereits mit Vortheil geübt wird. Man kann nur hier entgegnen, dass gerade die grossen *Schwierigkeiten und Uebelstände* bezüglich des Transports im letzten Kriege, die Veranlassung zur Projectirung dieses Instituts gegeben haben, und dass dieselben doch unmöglich ganz unberücksichtigt bleiben konnten. Darauf antworte ich, dass nicht nur in unserem letzten Kriege, sondern noch zu *allen* Zeiten

[1] H. O. Marcy, Fracture of the patella and treatmend by a new method. Brit. med. and surg. Journ. 7. December 1876.

[2] Galloupe, Treatment of fracture of the patella. Boston med. and surg. Journal. 16. August 1877.

[3] Steavenson, New splint for treatment of transverse fracture of patella. The Lancet. 27. Januar 1877.

der Krankentransport die schwierigste Aufgabe für die Armeeverwaltung und der schrecklichste der Schrecken für die Verwundeten gewesen. Wir hätten aber, besonders vor Plewna, wo die Armee lange *stand*, bei besserer Benutzung unseres vorhandenen Materials uns den Krankentransport unvergleichlich besser einrichten können, wenn uns die Organisation des ganzen Apparats das nur erlaubt hätte, und so finde ich die Ursache unserer ungenügenden Einrichtungen und Erfolge: — in der *Verwaltung der Hospitäler durch einen Nichtarzt*, in dem *Dualismus* der Befehlsführung und *Administration*, in der mangelhaften Organisation. Mithin sehe ich keine Veranlassung zur Abstellung der, aus *solchen* Ursachen entspringenden *alten* Uebelstände noch ein *neues* kostspieliges Institut zu schaffen, genau unter *denselben* Grundbedingungen, welches ohne jede Frage dieselben ungenügenden Resultate geben muss und wird. Den Krankentransport möchte ich selber gern bessern, gut organisirt und geregelt wissen. Aber das kann nur geschehen durch *zeitgemässe* Organisation, durch Verbannung des Dualismus aus dem Mil.-Sanitätswesen, nicht aber durch Einführung von Sanitätstransporten. Wenn man für je 2 Verwundete je 1 vierspännige Wiener-Fenster-Kutsche oder ein noch sublimeres Transportvehikel einzuführen beantragte, so hätte das etwa eben dieselbe Berechtigung, denn der Vorschlag wäre nicht weniger human, und es würde sich ebenso wie bezüglich der projectirten Sanitätstransporte nur darum handeln, ob wir Fonds genug für die Anschaffung und die Möglichkeit hätten, eine Armee mit einem derartig angewachsenen Train zu *bewegen*.

Die Verminderung unserer bisherigen temporären Kriegslazarethe von 630 Betten auf 210, — ist eine in jeder Beziehung zweckmässige Maassregel, welche auch ich seiner Zeit im II. Theil meiner Studien über Mil.-Sanitätswesen warm empfohlen.

Die Verminderung der bisherigen Anzahl *Hospitalzelte*, wird wohl nur in einem solchen Kriege *nicht* fühlbar werden, welcher auf Territorien mit dichter Bevölkerung und vielen, auf kurze Entfernung von einander liegenden Städten geführt werden kann. Andernfalls wird sicher ein empfindlicher Mangel sich herausstellen, den abzustellen es während eines Krieges schwer fallen dürfte.

Nimmt man nun zu diesem Resumé den Umstand hinzu, dass, wie bereits wiederholt erwähnt, die Hauptgrundlagen der ganzen Organisation auch für dieses Project dieselben geblieben, dann ist man füglich wohl zu dem Urtheil berechtigt, dass die projectirte Novelle für den Sanitätsdienst im Felde doch recht ungenügend ist. Sie bringt in keiner Beziehung das, was man erwarten dürfte, was den zeitgemässen Anforderungen unserer Tage für diesen Dienstzweig entspräche, und muss man annehmen, dass Denjenigen, welche das Project ausgearbeitet, mindestens zu wenig Spielraum gelassen, zu directe Vorschriften in bestimmter Richtung gemacht wurden, denn sonst hätte es, — zumal nach den Erfahrungen des letzten Krieges, doch *ganz anders* ausfallen müssen.

Fragen Sie mich darnach, was *ich* denn wohl zum Zweck einer zeitgemässen Reorganisation unseres Militär-Sanitätswesens empfehlen würde, so geht die Antwort eigentlich aus allen meinen Ausführungen von heute Abend von selber hervor! Ich sage:

Der erste und wichtigste Schritt zu allen Reformen ist die Aufhebung eines selbstständigen Hospitalressorts unter militärischer Leitung, seine Vereinigung mit dem Mil.-Medicinalressort und damit seine endliche Unterstellung unter die Leitung eines Fachmannes, eines Arztes, unter den Chef des Mil.-Sanitätswesens. Das ist die conditio sine qua keine wirkliche zeitgemässe Reform des Mil.-Sanitätswesens denkbar und möglich ist. Wer sich *darüber* täuscht, macht sich eben Illusionen und dient der Sache nicht.

Aus dieser Maassregel würde dann die Verbannung des Dualismus in Administration und Befehlsführung von selbst folgen und ebenso, wie ich voraussetze, alle übrigen Reformen, denn dann werden und können erst wirklich *fachmännische* Rücksichten für das Ressort maassgebend werden. — Bis *dahin* aber hat es kaum einen praktischen Zweck über detaillirte Reformen zu discutiren. Soviel mag an dieser Stelle noch gesagt werden: die eventuellen Reformen für unser Mil.-Sanitätswesen würden — nach vollzogener zeitgemässer Abänderung der Hauptgrundlagen nur zum geringsten Theil in quantitativer, sondern vornehmlich in qualitativer Richtung vorzunehmen sein. Quantitative Reformen würden sehr bald an der Grenze des Möglichen anlangen, denn die Geldmittel spielen in *jedem* Staate eine entscheidende Rolle, und eine Menge militärischer Gründe lassen eine beliebig starke Vergrösserung von Sanitätsanstalten und Material für eine Armee im Felde, nicht zu. Die Reformen für unser Militär-Sanitätswesen liegen vielmehr in *seiner qualitativen Entwickelung!* Gute, zeitgemässe und sorgfältige Organisation thut zuvörderst Noth; die Steigerung der Leistungsfähigkeit aber des Sanitätswesens muss in der Tüchtigkeit des ärztlichen und niederen Sanitätspersonals, in Vervollkommnung der technischen Hülfsmittel, des Materials und der Einrichtungen jeder Art angestrebt werden. — Unsere Reformen müssen sich mit einem Worte *quantitativ* auf die allernothwendigsten *Completirungen* beschränken, *qualitativ* aber in der Abstellung aller Uebelstände und der grösstmöglichsten Ausnützung alles vorhandenen Materials, aller verfügbaren Kräfte gesucht werden.

Dies etwa wären die Grundzüge für eine eventuelle Radicalreform unseres Militär-Sanitätswesens. Wohl weiss ich, dass ich mit solchen Anschauungen und Forderungen mich vorläufig noch in bedeutendem Gegensatz zu vielen in Fleisch und Blut übergegangenen Traditionen und Anschauungen verschiedener und grosser Kreise befinde. Das was ich im Interesse der Sache für das Sanitätswesen fordere und anstrebe, wird daher vielleicht bei uns noch Zeit brauchen um zur Geltung zu kommen, obgleich und trotzdem es in anderen Staaten schon zur Norm erhoben ist. — Es kann indess für mich und Diejenigen, welche denselben Ansichten huldigen, in Anbetracht der praktischen Sachlage durchaus nicht allein darauf ankommen ob *wir* Recht behalten, oder die Vertreter der *alten* Traditionen; es kommt vielmehr darauf an zu beweisen wer wirklich Recht *hat*. Letzteres hoffe ich, ist aus diesem Vortrage klar hervorgegangen.

Die von mir vertretenen Anschauungen, verbreiten sich auch bei uns zusehends immer mehr und ich hoffe, die Zeit ist nicht mehr fern wo es endlich zu den von mir befürworteten Reformen *kommen* wird, zu *solchen*, welche man heute als die einzig wünschenswerth, weil einzig zweckentsprechenden bezeichnen muss. *Solche* Reformen werden nicht nur der Sache, sondern auch den *Sachwaltern*, den Aerzten dienen, denn sie werden dieselben in die Lage setzen ihren Platz auch als Leiter unter den veränderten Umständen ganz und voll auszufüllen und damit in jeder Beziehung *diejenige* Stellung in der Armee einzunehmen, welche ihnen für ihre mühselige, schwere und gefahrvolle — und dabei noch jederzeit mit Hingebung und Treue geleisteten Arbeit schon längst gebührt. — *Solche*, aber auch nur solche Reformen, würden schliesslich auch *die* Hoffnung rechtfertigen, dass in Zukunft das Missverhältniss zwischen Hülfebedarf und Hülfeleistung im Kriege sich verringern werde. Und mit dieser, im Interesse der Opfer künftiger Kriege ausgesprochenen Hoffnung, schliesse ich meinen Vortrag.

Referate.

B. Afanassjew: Beitrag zur Pathologie der Malariainfection. (Virchow's Arch. 1881, Bd. 84. S. 13—25.)

Bei einer Anzahl Sectionen von früher Malariakranken Individuen hatte Verf. Gelegenheit, die bei diesen zurückgebliebenen Organveränderungen zu studiren. Die Haupbefunde waren: Hydrämie, Wucherung des interstitiellen Bindegewebes, namentlich in den Unterleibsorganen (Milz, Leber, Nieren), Bildung und Ablagerung von theils in einzelnen Körnern theils in Haufen, bald frei im Gewebe, bald im Lumen der Gefässe liegendem schwarzbraunen Pigment in Milz und Leber. Die einzelnen Pigmentkörner waren von gleicher Grösse, von gleicher kreisrunder Form und mit einem stark glänzenden Centrum versehen, so dass jedes Körnchen doppelt contourirt erschien. Verf. zweifelt mit Rücksicht auf diese Gleichmässigkeit in Form und Grösse daran, dass das Malariapigment, wie bisher allgemein angenommen wird, vom Blutfarbstoff abstamme, und *ist* vielmehr geneigt, einen gewissen Zusammenhang des Pigments mit niederen Organismen zuzulassen.

Der Tod oder das Leben bedrohende Symptome können durch die verschiedenartigsten, mit der Malaria in Verbindung stehenden Complicationen bedingt werden. So entsteht z. B. eine Leberkrankheit, wenn die mit Pigment vollgestopften, von dem umliegenden wuchernden interstitiellen Bindegewebe comprimirten Lebercapillaren undurchgängig geworden sind; oder eine Peritonitis im Anschluss an eine Perisplenitis oder in Folge der Erweichung eines Milzinfarctes und nach dessen Durchbruch in die Bauchhöhle etc. Verf. hält es deshalb (in Uebereinstimmung mit F. Niemeyer, Herz und A.) für unthunlich, das Zustandekommen einer sogen. Febris intermitt. perniciosa von irgend welchen bestimmten anatomischen Läsionen abhängig, insbesondere das melanotische Pigment, wenn es auch durch Obturation der Gefässe zu Functionsstörungen gewisser Organe führen kann, für die Enstehung bedrohlicher Erscheinungen oder gar für den Tod des Individums verantwortlich machen zu wollen. In allen Fällen, die Verf. sah, hatte die Melanose der verschiedenen Organe keine Bedeutung für den letalen Ausgang. So erschien es in einem ausführlich mitgetheilten Fall bei flüchtiger Untersuchung des Gehirns höchst plausibel, die constatirte Hirnhyperämie und das Oedem auf Verstopfung der Gehirncapillaren durch Pigment zurückzuführen. Die genauere Betrachtung ergab indess, dass das Pigment, obgleich in den Capillaren in grosser Menge vorhanden, dennoch nur eine untergeordnete Rolle bei dem Zustandekommen der schweren Cereberalsymptome spielen konnte. Die Pigmentablagerung fand in den Wandungen derjenigen Gefäse statt, in welchen bereits Entartung der endothelialen Zellen in Gestalt von Quellung und Körnchenbildung Platz gegriffen hatte; Störungen der Hirnfunction stellten sich mit dem Momente ein, wo diese, den weissen Blut- und Lymphkörperchen sehr ähnlichen, gequollenen und theilweise pigmentirten Zellen in den Blutstrom gelangten und in denjenigen Capillaren stecken blieben, deren Wände in Folge von Degeneration ihre Contractilität eingebüsst hatten und deren Lumen durch Endothelschwellung verengt oder ganz verstopft worden war. Unter dem Einflusse des Malariagiftes kommt nach Verf. eine Schwellung der weissen Blutkörperchen sowie der Gefässendothelien zu Stande und im Fieberparoxysmus treten alsdann geschwollene pigmentirte Zellen in dem Blutstrom auf. So erklärt es sich, dass es nicht immer bei Anwesenheit von Pigment in den Wänden und perivesiculären Räumen der Capillaren, ja selbst beim Fehlen solchen pathologischen Pigments im Gehirn und auch in den übrigen Organen, dafür aber stets bei Verstopfung der Hirncapillaren durch gequollenes Endothel und weisse Blutkörperchen zu hochgradigen cerebralen Erscheinungen kommt. Au.

L. G. Courvoisier: Der Salicyl-Verband. (Corr.-Blatt. f. Schw. Aerzte. 1881 № 10 pag. 290—293 und № 11 pag. 337—342.)

C. verwahrt sich dagegen, als Widersacher des Lister-Verbandes aufgefasst zu werden; er will nur berichten, wie es ihm in 6 Jahren mit dem von Thiersch 1875 empfohlenen, viel geringere Geldopfer und keine Assistenz erheischenden Salicyl-Verbande gegangen ist.— Zunächst beschreibt er das Verfahren (die nach den Regeln der Antiseptik desinficirte Wunde wird mit einem Stückchen in Carbolwasser getauchten einfachen Mulls oder Wachstaffets bedeckt, dann 11% Salicyl-Jute, besser — Watte, in mehreren Schichten über die ganze Wundgegend gebreitet, Kautschukpapier draufgelegt und das Ganze mit Mullbinden befestigt) und schildert dann den Einfluss desselben in vier Richtungen. Was 1) die *Mortalität* anbetrifft, so kamen auf 200 grössere Operationen nur 5 Todesfälle, 2) accidentelle *Wundkrankheiten* wurden beobachtet: Erysipel 4 Mal, Septicämie 2 Mal, Wundfieber nicht häufiger als beim Lister-Verband (absolut afebril heilten 50,5%, resp. 58% der schweren traumatischen Läsionen), mehr oder weniger starke Eiterungen bei nur 44% aller mit Salicyl-Watte Verbundenen; 3) die *Heilungsdauer* schien auch keine längere als unter anderen antiseptischen Verbänden zu sein (z.B. es kam eine Vorderarmamputation vor, die nur 5, eine Oberschenkelamput., die nur 22, eine Unterschenkelamput., die nur 13 Tage zu ihrer Heilung bedurfte etc.); 4) die *functionellen Resultate* waren ausgezeichnete, da selbst Eröffnung grosser Gelenke nur selten zu Ankylose und Contractur führte. — Auf diese Ergebnisse gestützt, glaubt C., dass der Salicyl-Verband auch in speciell therapeutischer Hinsicht den Vergleich mit dem Lister-Verbande aushält, in Anbetracht dessen aber, dass er niemals Vergiftungssymptome und Wundreizungen hervorruft, sogar allen Carbol und Thymol-Verbänden vorzuziehen sei. Für die Privatpraxis empfiehlt sich, wie gesagt, der Salicylwatte-Verband schon wegen seiner Billigkeit und leichter Applicationsweise. F—t.

T. F. Prewitt: Gastrotomie bei Oesophagusstricturen (St. Louis Cour. of Med. and Col. Sciences — Medical Record № 22 1881, pag 601).

In dieser Arbeit findet sich eine Zusammenstellung von 59 Fällen, woraus Vf. zu folgenden Schlüssen bezüglich der betreffenden Operation kommt.

Die bedeutende Mortalität im Vergleich zu der derselben Operation, wenn sie bei verschluckten Fremdkörpern gemacht wird, erklärt sich durch die heruntergekommene Ernährung, daher ist es wünschenswerth, die Operation möglichst früh vorzunehmen.

In den zusammengestellten Fällen war 40 Mal die Ursache der Strictur eine maligne Neubildung, 12 Mal Narben, 3 Mal Syphilis und in den 4 übrigen war die Natur der Strictur nicht näher angegeben, jedoch handelt es sich wahrscheinlich auch in diesen um maligne Tumoren. Nach der Operation wegen Neubildung lebten die Patienten noch 14 Tage bis 6 Monate, einer lebt noch gegenwärtig, bereits längere Zeit. Von den wegen Narben im Oesophagus Operirten sind 6 genesen, desgleichen einer der Syphilitischen.

Nur in 7 Fällen von den 59 ist der Eintritt von Peritonitis notirt. P.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

E. Reich: Arbeit und Lebensnoth aus dem Gesichtspunkte der Gesundheitspflege und des Humanismus. Berlin 1881. Gust. Hempel. 456 Seiten.

Eduard Reich versucht in diesem neuesten seiner Werke speciell nachzuweisen, dass zur Erhaltung der Gesundheit, des Wohlstandes und der Sittlichkeit die rationelle Arbeit jedes Einzelnen (mag sie nun Muskel- oder Nervenarbeit sein) absolut nöthig sei, aber nur dann segenbringend für die *ganze* Menschheit werden, dem allgemeinen Elend steuern und gefährlichen Bewegungen der Jetztzeit siegreich entgegentreten könne, wenn die Selbstsucht aufhört, der Eigennutz durch die Nächstenliebe verdrängt wird. — Geben wir dem Verf., der nicht weniger als 292 liter. Quellen anführt und in 380 Paragraphen die physiologischen und moralischen Beziehungen der Arbeit, so wie die Ursachen, Wirkungen und Heilung des Elends schildert, auch in vielen Details nicht Recht, ermüden uns auch gewisse Wiederholungen, kommt uns Manches sogar trivial vor und staunen wir häufig selbst über die Sprache, über Ausdrücke wie: «schuftige Verhältnisse des Continents, Menschen *vergesunden*, Felsenmauern des Menschenreiches, das Handwerk wird in die Krämerei *hineinkartätscht* etc.», so fühlen wir uns doch durch das Buch, welches aus jeder Seite immerhin Humanität athmet, erwärmt und wünschen ihm weitere Verbreitung. F—t.

Russische medicinische Literatur.

№ 187. **Wratsch. № 30.**
Inhalt: a) Schapiro: Klinische Untersuchungen über den Einfluss der Körperstellung und der Compression peripherischer Arterien auf die Herzthätigkeit.
b) Drosdow: Spontaner Hypnotismus. (Morbus hypnoticus)
c) Danil: Seltener Fall von phagedänischem Schanker.

№ 188. **Sdorowje. Juli. Band VIII, № 1.**
Inhalt: a) Grjasnow: Quantitative Bestimmung der hauptsächlichsten Gas- und Dampt-Bestandtheile des Tabaksrauches.
b) Popow: Versuch einer wissenschaftlichen Untersuchung über die Epidemiologie und Aetiologie der Diphtheritis.
c) Wassiljew: Beiträge zur Frage von der physischen Entwickelung der Mädchen.
d) Peschtitsch: Der Transport von Viehherden.

№ 189. **Bericht des Medicinal-Departements für 1879.** (Officiell dem Minister des Innern vorgestellt).

№ 190. **Wojenno-Sanitarnoje Djelo. № 13.**
Inhalt: a) ..... Das Militärhospital und die Stellung des Ordinators in demselben.
b) Swjatlowski: Der Milzbrand, seine Bedeutung für die moderne Cultur überhaupt und für das Militärsanitätswesen im Besonderen.
c) Sandrock: Das Hospitalwesen in Kriegszeiten.

№ 191. **Wratschebnija Wedomosti. № 480.**
Inhalt: a) Otschakowski: Zur Diagnostik der Psychosen.

№ 192. **Anzeiger der Mineralbäder von Staraja-Russa № 11.**
Inhalt: a) .... Ueber die warmen Mineral-Bäder in Staraja-Russa.

№ 193. **Westnik Wodoletschenija. № 8** (August-Heft).
Inhalt: a) ... Die hydropathische Behandlung acuter Krankheiten.
b) Borissow: Bemerkungen über die Essentukische Bädergruppe.
c) Wyschinski: Die Mineralquellen von Kurji (Gouvernement Perm).
d) Dsen: Die Chilowschen Swefelwässer.
e) ..... Die Tschokrakschen Mineralwässer und Schlammbäder.
f) E. Lewis: Die Uebergiessungen; Technik und physiol. Wirkung derselben.
g) .... Einiges über das gewöhnliche russische Dampfbad.

№ 194. **Wratsch. № 31.**
Inhalt: a) Molodenkow: 2 Fälle von Vergiftung durch Borsäure.
b) Scherschewski: Larynxaffection bei Ataxie.
c) Goldwug: Malariafieber in Koselez. (Forts.)

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft practischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 27. Februar 1880.

Die laut Tagesordnung vorliegende Discussion über Natron salicylicum wird eingeleitet durch ein Referat des Dr. Hampeln über die Gruppe der sogen. aromatischen Verbindungen und eine vergleichende Zusammenstellung der hierher gehörigen und anderweitiger Antiseptica in Bezug auf ihre antimykotische Wirksamkeit. Als wesentlichste Eigenschaft der Salicylsäure, resp. des Natronsalzes wird zur Zeit einstimmig anerkannt deren, einer specifischen nahekommende Wirksamkeit gegen den acuten Gelenkrheumatismus. Ref. ist es fast ausnahmslos gelungen, binnen 2—3 mal 24 Stunden das Fieber zu beseitigen, bei Darreichung von salicylsaurem Natron in stündlichen Gaben bis 16 gr. (drach. VI. pro die); der Eintritt von Complicationen kann jedoch bei dieser Behandlungsmethode ebenso wenig vermieden werden, wie bei der früher vielfach üblichen mit dem weit theuereren Chinin. — Gegen die in letzter Zeit urgirte Annahme, die Salicylsäure sei bei innerlichem Gebrauch in ihren Wirkungen identisch mit dem Natronsalz, da sie im Blut nach Austreibung schwächerer Säuren sofort an Natron gebunden werde, führt Dr. Holst folgende von ihm in der Praxis gemachte Erfahrung an: Nachdem er während längerer Frist bei verschiedenen Neuralgien, namentlich bei Ischias, reine Salicylsäure mit gutem Erfolge gegeben hatte, versuchte er später gegen diese Zustände das salicylsaure Natron, ohne jedoch jemals die geringste Wirkung zu erzielen; er behandelt daher fortan neuralgische Affectionen mit der reinen Säure (2 stündlich 5 gran), und hat dabei nie üble Zufälle gesehen, wofern das Mittel in Kapseln gegeben und reichlich Wasser nachgetrunken wurde. In demselben Sinne bemerkt Dr. Worms, er wende bei Polyarthritis rheumat. reine Salicylsäure an und habe durch 8 stündlich gereichte 10-gränige Dosen fast ohne Ausnahme Schwinden des Fiebers und der Schmerzen, kurz einen Zustand von Euphorie erzielen können, — also mit einem viel geringeren Gesammtquantum des Mittels, wie ceteris paribus vom salicyls. Natron erforderlich ist. Dr. Hampeln betont dagegen, es sei der physiolog. Nachweis geliefert, dass Salicylsäure als solche nicht resorbirt werde, dass dieselbe im Blut nur als Natronsalz circulire, wobei freilich die von Ewald gemachte Einschränkung zu berücksichtigen, dass in entzündeten Geweben unter Umständen in Folge vermehrter Kohlensäurespannung Salicylsäure frei werden und als solche Wirkungen entfalten könne. In Fälle

von Muskelrheumatismus hat Dr. Hampeln keine sicheren Erfolge der Behandlung mit Salicylsäure aufzuweisen, wohl aber Dr. Petersen; ferner berichtet Dr. Gaehtgens, dass bei einer an Arthritis deformans leidenden Kranken salicyls. Natron wohl die Schmerzen beseitigt habe, ohne jedoch die Gelenkaffection irgend wie zu beeinflussen. Gegen Podagra hat Dr. Hehn das Mittel ohne Erfolg angewandt, ebenso in Fällen vager Gicht. Dr. Mandelstamm bemerkt, in neuester Zeit sei Natron salicyl. in der Augenheilkunde gegen Ciliarneuralgie in Dosen à 15 Gran empfohlen worden. Dr. Reichardt hat eine schlagende Wirkung des Präparats in Fällen recidivirender Angina beobachtet, so dass bei einem Kranken nach Gebrauch von drachm. IV binnen 24 Stunden alle Beschwerden geschwunden waren, welche sich früher über mehrere Tage verschleppt hatten. — Dr. Wolferz hat in solchen Fällen bessere Wirkung von benzoësaurem Natron gesehen; er stellt ausserdem die specifische Wirkung der Salicylsäure bei Polyarthritis rheumat. in Abrede und meint, das Mittel wirke nur als Antipireticum, da Recidive fast nie ausbleiben; bei gewissen Formen von hyperämischem Kopfschmerz entfalte es in Dosen von 2 Gramm binnen kürzester Frist geradezu eclatante Wirksamkeit. — Die zuerst von Kernig, darnach von vielen Autoritäten Deutschlands festgestellte antipyretische Wirkung der Salicylsäure, resp. des Natronsalzes hat sich auch Dr. Hampeln bisher stets bestätigt. Er hat das Mittel im allgem. Krankenhause in mehr als 100 Fällen in diesem Sinne angewandt und bei richtiger Dosirung stets binnen 3—4 Stunden Temperaturabfälle von 2—3° erzielt, ohne unangenehme Nebenwirkungen zu erfahren. Die von mancher Seite geäusserte Befürchtung, dass darnach leicht Collapsus eintreten könne, hält Dr. Hampeln für unbegründet, insolange dessen ursächlicher Zusammenhang mit der Salicylsäuregabe nicht erwiesen ist; auch er hat in vielen Fällen von Typhus Collapsus eintreten sehen, ihn jedoch nie auf das Mittel beziehen können: es müsse natürlich in jedem Falle vorher geprüft und erwogen werden, welche Dosis man dem Kranken zutrauen kann; übrigens müsse auch das Chinin in toxischen Dosen gegeben werden, um genügende antipyretische Wirkungen zu erzielen; vor letzterem habe das salicylsaure Natron den für die Hospitalpraxis nicht zu unterschätzenden Vorzug der grösseren Wohlfeilheit, wiewohl dem von Dr. Worms erhobenen Einwand zugestimmt werden müsse, dass die Entfieberung bei Chinin länger anhält. Auch Dr. Hehn hat in einem schweren Typhusfall während 3 Wochen salicyls. Natron mit gutem Erfolge brauchen lassen, ohne unangenehme Nebenwirkungen zu beobachten; er verliest zum Schluss der Discussion einen ihm zugegangenen Separatabdruck aus der Berliner klin. Wochenschrift, enthaltend die von Dr. Schetzki mitgetheilten Krankheitsgeschichten dreier unter Behandlung mit salicylsaurem Natron äusserst günstig verlaufener Fälle von Diabetes und fordert zu weiteren Versuchen in einschlägigen Fällen auf.

Sitzung am 5. März 1880.

Dr. Hampeln verliest den angekündigten Vortrag über Lyssa humana und theilt zunächst die Krankheitsgeschichten dreier von ihm selbst beobachteter Fälle mit: 1) Eisenbahnbeamter aus den besseren Ständen, stellt eine stattgehabte Verwundung durch Biss entschieden in Abrede; Schlund- und Respirationskrämpfe, Sensorium frei, Tod am 4. Tage. 2) 45-jähriger Arbeiter, vor 2 Jahren von einem angeblich tollen Hunde gebissen, stirbt nach 2-tägiger Krankheit. 3) 43-jähriger Mann, gebissen vor 2 Monaten, Tod am 4. Erkrankungstage. Fall 2 und 3, im allgemeinen Krankenhause behandelt, boten ebenfalls durchaus charakteristische Erscheinungen: Schlund- und Respirationskrämpfe, grosse Unruhe, starken Speichelfluss, kein Trismus, kein Tetanus, Freiheit des Sensorium bis kurz vor dem Tode. Einen vierten, im Juli 1872 im allgem. Krankenhause unter Schling- und Respirationskrämpfen binnen 3 Tagen verstorbenen Fall, dessen Diagnose im Krankenbogen auf Convulsiones lautet, — glaubt Ref. entschieden als Lyssa auffassen zu müssen, denn er selbst hatte die betreffende Kranke, welche 13 Monate vorher von einem tollen Hunde gebissen worden war, damals einige Wochen hindurch behandelt und die Wunde mit Kali geätzt.

Anknüpfend an den ersten, der oben mitgetheilten Fälle, bemerkt Dr. Worms, zu dessen Clientel derselbe gehörte, er habe die genaue Untersuchung des Körpers auf eine etwa vorhandene Bissnarbe unterlassen müssen, wegen der enormen Reflexerregbarkeit und Aufregung des Kranken, welcher jedoch im übrigen ein sehr verständiger Mann und völlig ohne Ahnung seiner Krankheit gewesen sei. Trotz der genauesten Erkundigungen bei diesem selbst und bei dessen Angehörigen, sei ein stattgehabter Hundebiss entschieden in Abrede gestellt worden. Man habe daher in vorliegendem Falle kein Recht zu sagen: der Kranke muss gebissen worden sein, — vielmehr erscheine die Frage berechtigt: entsteht die Krankheit unter Umständen nicht auch beim Menschen spontan? — Dr. Petersen macht ebenfalls einen vor vielen Jahren im Seehospital beobachteten tödlich verlaufenen Fall von Lyssa namhaft, wo Dr. Müller die Diagnose auf Lyssa spontanea gestellt habe, weil ein vorangegangener Biss entschieden in Abrede gestellt wurde. Dem gegenüber betont Dr. Hampeln, ein kleiner Hautriss könne, zumal bei dem oft lange dauernden Incubationsstadium, vergessen werden; übrigens komme es häufig vor, wie auch Bollinger hervorhebt, dass die betreffenden Patienten die stattgefundene Bissverletzung aus Scheu absichtlich und hartnäckig leugnen. Ref. erinnert an 2 in unsern Protokollen von Dr. Blumenthal in Moskau mitgetheilte Fälle, betreffend die binnen Kurzem tödlich endende Erkrankung zweier Aerzte unter den Symptomen der Lyssa, welche sich bei der Section eines am Typhus, resp. Peritonitis Verstorbenen inficirt hatten. Es sei der Symptomencomplex der genuinen Lyssa allerdings charakteristisch genug, deren Unterscheidung von ähnlichen Krankheitszuständen unter Umständen jedoch ausserordentlich schwierig und liege der Verdacht nahe, dass es sich in allen den veröffentlichten Fällen geheilter Lyssa um falsche Diagnosen gehandelt habe; das Bild der Hydrophobie könne eben auch bei einzelnen Geisteskrankheiten, bei Hysterie, bei Tetanus idiopath. vorkommen. Auch Dr. Holst ist der Ansicht, der Begriff der Lyssa werde im Allgemeinen zu weit gefasst und vielfach Nervenkrankheiten hineingemischt, die nicht dazu gehören. — Dr. Reichard berichtet über einen vor mehreren Jahren von ihm behandelten Fall von Lyssa hysterica, betreffend ein junges Mädchen, welches eine an Hydrophobie verstorbene Freundin gepflegt und sich in ein mit dem Geifer besudeltes Tuch die Nase geschnaubt hatte. Kräftige Beizung der Nasenschleimhaut mit Kali caust. bewirkte rasch Heilung. Dr. Hehn lenkt die Aufmerksamkeit auf das auch in einem der Hampelschen Fälle vorhandene lange Incubationsstadium; dieses und der trotzdem rapide Verlauf der ausgebrochenen Krankheit, ferner der Umstand, dass bei der Lyssa nur wenige Nervenprovinzen ergriffen und keine Heerderkrankungen gefunden werden, wie doch bei andern Infectionskrankheiten, solche Thatsachen gäben der Krankheit ihren räthselhaften Charakter und liessen die vielfach betonte Analogie derselben mit der Syphilis durchaus nicht zutreffend erscheinen.

Sitzung am 16. April 1880.

1. Dr. Stavenhagen demonstrirt 2 in verflossener Woche in der Augenheilanstalt extirpirte Orbitaltumoren nebst einem mikroskop. Präparat und referirt in Kürze aus den betreffenden Krankheitsgeschichten: a) Ein 59-jähriger Mann von kachektischem Aussehen, dessen rechtes Auge vor 4 Jahren unter vorübergehend auftretenden Reizungserscheinungen allmälig erblindete, bemerkte vor 2 Jahren am obern, inneren Theil desselben Augapfels eine dunkelgefärbte Anschwellung «Blutblase,» durch deren langsame Vergrösserung eine allmählige Protrusion des Bulbus und Verdrängung desselben nach unten aussen entstand, welche jedoch erst in den letzten 14 Tagen, unter Hinzutritt starker Schmerzen und intercurrenter Blutungen, besonders rasch zugenommen hat Der Tumor ragt jetzt etwa 4 Cm. über den Orbitalrand, ist von livid bläul. Farbe, mit missfarbigem Eiter und blutig-eitrigen Krusten bedeckt; nach oben innen eine runde ulcerirende Stelle von $1^1/_2$ Cm. Durchmesser, nach unten aussen die obere Hälfte der diffus getrübten Cornea sichtbar. Der Bulbus selbst ist nach keiner Richtung von dem Tumor durch Palpation abgrenzbar; letzterer fühlt sich hart und derb an und ist in minimalen Excursionen beweglich. Der nach 7-tägiger Erhärtung des extirpirten Tumors in 20% Chromsäure durch denselben gelegte Schnitt trifft die Mitte der Cornea, der exulcerirten Partie und des Sehnerven, und macht den Ausgangspunkt der Neubildung aus dem innern Theil des corpus ciliare und der benachbarten Chorioidea wahrscheinlich, da an dieser Stelle die Sclera durchbrochen ist und die Propagation nach aussen stattgefunden hat. Die mikroskop. Untersuchung bestätigt die auf Chorioidalsarcom lautende Diagnose und weist in einem feinfaserigen alveolären Stroma stark pigmentirte spindelförmige Zellen neben spärlichen Rundzellen auf.

b) Bei einem 39-jährigen kräftigen Manne begann vor 4 Monaten, nach vorausgegangenen heftigen Zahnschmerzen, eine schmerzlose Protrusion des linken Bulbus; vor 4 Wochen trat Entzündung und Sehstörung hinzu, so dass gegenwärtig kaum mehr quantitat. Lichtempfindung vorhanden. Der Tumor, in dessen Mitte die bis auf ihr oberes Drittel eitrig zerfallene Cornea sichtbar, prominirt 13 14'''; seine untere Peripherie wird vom Rande des unteren Lides eng umfasst und dadurch ein Ektropium von $1^1/_4$'' Breite veranlasst, dessen stark ödematös geschwellte Conjunctiva eine sackartige, 3—4''' über das Niveau der Cornea vorragende Intumescenz darstellt. Nach Abhebung des den Tumor theilweise deckenden obern Lides fühlt man nach aussen oben in der Gegend der Thränendrüse, ebenso hinter dem obern innern Orbitalrande, je einen etwa nussgrossen, dem Bulbus unverschieblich aufsitzenden Knollen, welche gegen den Bulbus nicht abzugrenzen sind, wie auch letzterer total unbeweglich. Eine Probepunction des äusseren Knollens ergiebt spärliche, röthliche, fast klare Flüssigkeit, welche durch Arg. nitr. nicht getrübt wird. Tiefe Scarificationen des Conjunctivalwulstes, sowie einige Tage fortgesetzte warme Umschläge liessen keine Besserung erzielen, und wurde — da ein Pseudoplasma mit grosser Wahrscheinlichkeit anzunehmen — zur totalen Extirpation geschritten. Der extirpirte Tumor hatte mikroskopisch eine dem Fettzellgewebe der Orbita durchaus ähnliche Beschaffenheit.

2. In Veranlassung schriftlicher Bitte des Herrn Generalmajor Dr. v. Bulmerincq an den Präses, seine Schrift «die Retrovaccination und die animale Vaccine in Petersburg» in unserer Gesellschaft einer Kritik oder Begutachtung zu unterziehen, giebt Dr. Worms ein kurzes Referat über dieselbe und schliesst daran einige Mittheilungen über das von ihm geleitete Rigaer städtische Impfinstitut im Jahre 1877. Einleitend bemerkt Ref., die Schrift des Dr. v. Bulmerincq biete fast nur Bekanntes und zwar meist dasselbe, was der Verf. bereits bei anderen Gelegenheiten veröffentlicht hat; — in einigen nicht unwichtigen Dingen muss er den

Anschauungen des Herrn Bulmerincq beistimmen. Nachdem das Wesentlichste aus der Brochure mitgetheilt worden, giebt Ref. deren Schlussfolgerungen: 1) die fernere Entnahme des Impfstoffes von den Kindern des Petersburger Findelhauses zu Weiterimpfungen und zum Versande erscheint unstatthaft; 2) Impfungen mit animaler Vaccinelymphe direct vom Kalbe sind unzuverlässig, die Versendung derselben in Glasröhrchen ganz unstatthaft; 3) in Petersburg und später in anderen grösseren Städten des Reichs sind Central-Impfanstalten einzurichten, in welchen alljährlich im Frühling mit der Impfung einiger in Milchsecretion stehender Kühe begonnen werden soll; die diesen entnommene Vaccinelymphe ist auf gesunde, mindestens 6 Monate alte Kinder zu übertragen u. s. w. Die Impfungen haben allwöchentlich mehrere Male unentgeltlich stattzufinden, die gesammelte humanisirte Lymphe ist kostenfrei im Reiche zu vertheilen; 4) müsste ein für alle Stände bestehendes Gesetz zur allgemeinen Impfpflichtigkeit für ein bestimmtes Lebensalter, sowie Geldstrafen für nicht erfüllte Impfpflichtigkeit festgesetzt werden. — Den Punkten 1 und 4 stimmt Referent bei, den Punkten 2 und 3 nur theilweise. Obgleich Worms es für nicht erwiesen hält, dass im Laufe der Zeit eine Abschwächung der humanisirten Vaccine und eine Verimpfung von verschiedenen Krankheitsstoffen mit dieser stattfinden könne, — selbst Uebertragung der Syphilis sei durch umsichtiges Verfahren beim Impfen ganz zu vermeiden, — spricht er sich dennoch dafür aus, der Vorsicht halber, in den Impfanstalten fortlaufende Vaccinationen direct vom Kalbe auf den Menschen einzuführen. Worms Erfahrungen nach, die er als Leiter des aus der Initiative der ärztl. Gesellschaft hervorgegangenen städtischen Impfinstituts in Riga 1877 gewonnen hat, liegt der Grund der fast allerseits beobachteten vielen Fehlimpfungen von Kälbern auf Menschen in der zu geringen Sorgfalt, Flüchtigkeit, vielleicht Unkenntniss der Impfer, — in einem zu geschäftsmässigen Betriebe der Impfungen. Die hiesige Anstalt hatte nicht 4 % Fehlimpfungen; die Anzahl der Pusteln war nicht geringer als die bei den Impfungen von Arm zu Arm. Die Revaccinationserfolge waren gleichfalls sehr befriedigend. Mit zu den günstigen Erfolgen der Kälberimpfung in Riga mag nach Worms Ansicht die von ihm stets geübte Art des Impfens mit sehr seichtem, stumpfen Schnitt beigetragen haben; desgleichen, dass der von dem Grunde einer vollkommen gut entwickelten Pustel des Kalbes mit der Lancette abgeschabte Inhalt sorgsam in den Schnittgrund des Impflings eingestrichen wurde. Das Aufheben der flüssigen Kälberlymphe in Glasröhrchen Behufs Versendung hält Ref. für ganz unerlaubt, da sie erwiesenermassen alsbald fast absolut wirkungslos wird. Zum Versande dürfte nur regenerirte humanisirte Lymphe verwandt werden. Die grossen Kosten, Ungelegenheiten und Schwierigkeiten, die ein solches Institut mit sich bringt, verkennt Ref. nicht. Für die Fälle, da bei all zu grosser Nachfrage nicht genügende Mengen gut entwickelter Pusteln der Kälber vorhanden sein sollten, muss die Anstalt ausnahmsweise mit guter humanisirter regen. Lymphe die Impfungen vornehmen. Die Fehlimpfungen an Kälbern könne man ebenso durch Sorgfalt — nach allen Seiten hin, wie bei den Menschen, wesentlich verringern. In Stelle der Kälber milchende Kühe zur Vaccination zu benutzen, wie Herr v. Bulmerincq fordert, liegt kein stichhaltiger Grund vor. Schliesslich spricht sich Worms gegen das in Russland bestehende Amt der Pockenimpfer aus: diese ungebildeten Männer, welche nur über die simple Technik des Impfens ein Examen abgelegt, könnten unmöglich die Stammimpflinge mit der erforderlichen Umsicht auswählen etc.; der Handel mit Lymphe verlocke sie, soviel wie möglich, von wem es auch sei, Impfstoff abzuzapfen.

In der hieran geknüpften Discussion schliessen sich die anwesenden Mitglieder den Anschauungen des Dr. Worms im Allgemeinen an und stimmen speciell überein mit der Beurtheilung der in 4 Punkten zusammengefassten Schlussfolgerungen der v. Bulmerincq'schen Brochure.

Tagesereignisse.

— Die Zeitschrift „Sdorowje" (Gesundheit) ist im Juli in Buchform ca. 100 Seiten stark erschienen und bringt im Eingang eine redactionelle Einleitung, welche die Veränderung motivirt. Das bisher 2-wöchentlich in der Stärke von ca. 2 Bogen erscheinende Blatt sollte nicht blos der wissenschaftlichen Hygieine dienen, sondern zugleich populäre Aufsätze für einen grösseren Leserkreis bringen. Nach dem Bekenntniss der Redaction ist ihr der 2. Theil ihrer Aufgabe, — durch populäre Aufsätze das Interesse weiterer Kreise für hygieinische Fragen anzuregen, — nicht gelungen, während sich die Zahl der strenger wissenschaftlich gehaltenen Arbeiten stetig vermehrt hat und zugleich das Interesse für die Hygieine als Wissenschaft in erfreulicher Zunahme begriffen ist. Aus diesen Gründen hat die Redaction (Prof. Dobroslawin) beschlossen, sich ausschliesslich auf den Boden der wissenschaftlichen Hygieine zu stellen, ihre Popularisirungs-Bestrebungen aufzugeben und dem entsprechend auch die Form des Journals zu verändern. Fortan wird die «*Sdorowje*» in monatlichen Heften erscheinen, — das Juliheft trägt die № 1 der neuen Folge, welche zugleich die № 163 der ganzen Folge ist.

— *Der III. Congress polnischer Naturforscher und Aerzte* ist abgehalten worden in Krakau 8.—13. Juli. Es waren etwa 500 Theilnehmer zusammengekommen. In den medicinischen Sectionen wurden 76 Original-Mittheilungen gemacht; zum Ehrenpräsidenten wurde Prof. Josef Mejer erwählt, dessen 50-jähriges Amtsjubiläum zugleich gefeiert wurde.

Nach einer Correspondenz des «Wratsch» scheint der wissenschaftliche Inhalt der Vorträge ein bedeutender gewesen zu sein.

— In Folge von Dr. Berthenson's Ablehnung der ihm angetragenen Oberarzt-Stelle am Odessaer Stadthospital macht die Odessaer Uprawa bekannt, dass auf diesen Posten Reflectirende sich bis 1. October bei derselben schriftlich melden mögen.

— Dr. J. Grimm, Oberarzt des Garde-Jäger-Regiments, hat die Aufforderung erhalten, die Leitung der Medicinalangelegenheiten in Bulgarien zu übernehmen.

— Dr. W. J. Swjetschin, Inhaber einer Kumys-Anstalt im Gouv. Ssamara, ist am 2. Juli von seinem Pferde in den Fluss gestürzt und ertrunken.

— Dr. Krylow, ein junger Moskauer Chirurg ist plötzlich gestorben.

— Das Wiener Professoren-Collegium ist aufgefordert worden, einen Supplenten für den vacanten Lehrstuhl der pathol. Anatomie zu designiren und ist als solcher der Prosector Docent Chiari vorgestellt. Hienach scheint es, als ob eine definitive Besetzung der Vacanz vorläufig vertagt ist. (Wien. med. Pr.)

Miscellen.

— Ein Befehl des Kriegsministers (vom 17. Juni) creirt beim Stabs-Quartier des 163. Infant.-Regiments den Posten einer *Hebamme* mit 200 Rbl. Gehalt; — die väterliche Fürsorge für die Bedürfnisse des Soldaten ist wahrhaft erstaunlich.

— In der Landschaftsversammlung zu *Jaransk* wurde mitgetheilt, dass nach officiellen Angaben bei Zarewo-Santschursk 200 Typhus-Erkrankungen vorgekommen seien; dagegen führt der Landschaftsarzt Schuljatnikow an, er persönlich habe gegen 500 gesehen (Wratsch)—wie viele mögen es in Wirklichkeit gewesen sein?

Vacanzen.

— *Landschaftsarzt-Stelle* im Kreise *Staro-Oskol* Gouv. Kursk. Wohnung im Dorf, Gehalt 1000 Rbl., freie Fahrten. Adr.: Въ Старо-Осколвскую уѣздную земскую управу. (Wr.-Wed.)

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 25. Juli 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	741	344	1085
Alexander- «	580	160	740
Kalinkin- «	—	431	431
Peter-Paul- «	378	164	542
St. Marien-Magdalenen-Hospital	166	73	239
Marien-Hospital	293	241	534
Ausserstädtisches Hospital	459	145	604
Roshdestwensky-Hospital	50	17	67
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	302	123	425
6 zeitw. Hospitäle	791	133	924
Ausschlags-Hospital	8	4	12
Summa der Civilhospitäler	3768	1835	5603
Nikolai-Kinder-Hospital	16	22	38
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	46	50	96
Elisabeth-Kinder-Hospital	12	16	28
Summa der Kinderhospitäler	74	88	162
Nicolai-Militär-Hospital	295	17	312
Ssemenow'sches Militär-Hospital [1]	—	—	—
Kalinkin-Marine-Hospital	196	—	196
Gesammt-Summa	4333	1940	6273

Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	1532	453	1985
Scarlatina	6	13	19
Variola	13	3	16
Venerische Krankheiten	491	431	922

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 18. Juli bis 25. Juli 1881 besucht von 2556 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1052.

[1] Die Zahlen für das Ssemenow'sche Hospital fehlen.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs

für die Woche vom 12. bis 24. Juli 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 698 (Todtgeborene 22).

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
443	255	698	158	39	89	20	8	35	71	80	75	48	39	19	12	5

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 32, Typh. abd. 19, Febris recurrens 46, Typhus ohne Bestimmung der Form 12, Pocken 4, Masern 7, Scharlach 9, Diphtheritis 16, Croup 2, Keuchhusten 3, Puerperalkrankheiten 5, Dyssenterie 5, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 15.

— Gehirnapoplexie 14, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 24, andere Gehirnkrankheiten 21, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 21, acute Entzündung d. Athmungsorgane 41, Lungenschwindsucht 78, andere Krankheiten der Brustoberfläche 18, Gastro-intestinal-Krankheiten 166, andere Krankheiten der Bauchhöhle 22, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 43, Marasmus senilis 27, Cachexia 17.

— Tod durch Zufall 17, Selbstmord 4.

— Andere Ursachen10.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 31 Іюля 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh., Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

ST. PETERSBURGER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg,
Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 32. St. Petersburg, 8. (20.) August. 1881.

Mittheilungen aus der Dorpater Chirurgischen Klinik.

Von
Xaver Dombrowski.
Assist. d. Chirurg. Klinik.

I. Der Chlorzinkwerg ein gutes und billiges Ersatzmittel für die Salicylwatte.

Der Lister'sche Verband ist, wie bekannt, so kostspielig, dass er nur in Kliniken und auch in diesen nur mit bedeutender Einschränkung angewandt werden kann.

Neben der antiseptischen Gaze wird der Verband wesentlich durch die Salicylwatte, die ja den genauen Abschluss des Verbandes bewirken soll, vertheuert und lag daher das Bestreben nahe, ein Surrogat für die theuere Salicylwatte zu beschaffen.

Nach den Erfahrungen des vorigen Semesters in der hiesigen Klinik glauben wir nun in dem Chlorzinkwerg einen Verbandstoff gefunden zu haben, der nicht nur die Salicylwatte vollkommen zu ersetzen, sondern sogar bedeutende Vorzüge vor derselben aufzuweisen vermag.

Die Theerheede an Stelle der Salicylwatte zu verwenden, ist vielfach angerathen worden; auch wissen wir nach den Mittheilungen des Dr. Weljaminow [1], dass in der Klinik des Dr. Reyher zu Petersburg der Versuch bereits gemacht worden ist, den Werg durch einen 10% Carbolspray kurz vor der Application des Verbandes aseptisch zu machen.

Für unsere Zwecke schien aber der auf diese Weise präparirte Werg noch nicht aseptisch genug zu sein, und bemühten wir uns daher, den Werg in ausreichender Weise mit Antisepticis zu behandeln und ihn alsdann in trockenem Zustande zum Verbande zu verwenden. Die Präparation des Wergs auf hiesiger Klinik geschah folgendermaassen: Es wurde der Werg ausgezupft, ein Mal mit Wollkratzen getockt und darauf in den zu Desinfectionszwecken bestimmten Schwefelofen gethan. Nachdem er 12 Stunden hindurch den Schwefeldämpfen ausgesetzt und mit schwefliger Säure vollkommen imprägnirt war, konnten wir somit sicher sein, dass die aus der Luft aufgenommenen Keime vollständig vernichtet waren. Darauf wurde er mit einer 8—10% Chlorzinklösung getränkt und der Ueberschuss der Lösung vermittelst einer Presse, die der Buchbinderpresse nachgeahmt war, entfernt. Nun wurde der Werg unter gewöhnlicher Temperatur oder bei gelinder Wärme durch öfteres Umwenden getrocknet und war dann nach ca. 24 Stunden soweit trocken, dass er wiederum getockt werden konnte. Zum Schluss wurde unser Verbandstoff in Tellergrosse ca. 1½ Zoll dicke Kuchen geformt und in einen Luftdicht geschlossenen Blechkasten gethan, in dem Aetzkalk sich befand, um einer möglichen Zersetzung durch die Kohlensäure der Luft vorzubeugen. Es wurden zur Zeit nur geringe Quantitäten des Wergs angefertigt, so dass der Vorrath gewöhnlich nur auf 3—4 Wochen hinreichte. Nach Ablauf dieser Frist konnten wir qualitativ stets grössere Mengen von in Wasser löslichem Chlorzink nachweisen und somit uns darüber vergewissern, dass nach 3—4 Wochen unser Verbandstoff noch eine genügende Menge von Chlorzink enthielt. Quantitative Bestimmungen werden uns gewiss genaueren Aufschluss über die Haltbarkeit unseres Verbandstoffes geben und sind nach der Seite hin auch schon Untersuchungen von Herrn Mag. Hirschsohn begonnen worden.

Vorläufig können wir jedenfalls die Mittheilung machen, dass unser neuer Verbandstoff sich durchaus gut bewährt hat und wir es in keiner Weise zu bereuen gehabt haben, dass bei uns die Salicylwatte mit dem Chlorzinkwerg vertauscht ist. In einzelnen Fällen, wo es sich um langwierige Eiterungen handelte und wir nach einigen Tagen unter den Lister'schen Verbandstoffen stets Zersetzung des Eiters, die sich durch penetranten Geruch kund gab, zu finden gewohnt waren, beobachteten wir nach Application des Chlorzinkwergs keine Zersetzung.

[1] Centralblatt für Chirurgie 1880, № 41.

Das zweite wichtige Moment, das uns veranlasst, den Chlorzinkwerg zu empfehlen, ist seine grosse Billigkeit der theueren Salicylwatte gegenüber. Nach Berechnung des Herrn Mag. Hirschsohn beläuft sich der Preis von 1 Pfd. unseres Chlorzinkwergs nur auf 12—14 Kop., während 1 Pfd. Salicylwatte auf 2 Rbl.—2 Rbl. 60 Kop. zu stehen kommt. In dieser Beziehung können wir vom vorigen Semester bedeutende Ersparnisse in unserer Klinik constatiren. Die Aetzungen der Haut, die wir anfänglich von dem Chlorzinkwerg befürchteten, haben sich nach unseren Erfahrungen auch nur als sehr gering erwiesen und sind meistens in Form von Erythemen aufgetreten. In zwei Fällen, wo das Gewebe schon vorher infiltrirt war, haben wir allerdings auch tiefergehende Aetzungen beobachtet; doch glauben wir, dass es nur Sache der Technik sein wird, diesem geringen Uebelstande abzuhelfen. Solange uns nicht bekannt ist, wie gross der Procentsatz des löslichen Chlorzinks in unserem Verbandstoff ist, können wir uns gegen den gerügten Uebelstand nur durch Unterlage trockener Carbolgaze schützen.

Wir sind uns wol bewusst, dass uns noch genauere Prüfungen unseres Chlorzinkwergs obliegen, doch hielten wir es für unsere Pflicht, jetzt schon auf die relativ einfache und billige Präparation des aseptischen Wergs aufmerksam zu machen.

II. Eine Modification des Thomas'schen Apparates zur Behandlung einfacher Fracturen und fungöser Gelenkerkrankungen an den unteren Extremitäten.

Die festen Verbände und die Extensionsverbände sind nach den Anschauungen der modernen Chirurgie nicht mehr ausreichend zur Behandlung von Fracturen und fungösen Gelenkentzündungen an den unteren Extremitäten.

Man schützt allerdings durch die Immobilisirung die Fractur und das Gelenk vor gröberen Insulten, man verhindert durch die Distraction die Verschiebung der Fragmente und den gegenseitigen Druck der erkrankten Gelenkflächen. Doch ist mit diesen Methoden der Behandlung der Aufenthalt im Zimmer und Bett verbunden, und durch den Mangel an Bewegung und frischer Luft leidet die Ernährung der Patienten. Daher sehen wir fast immer an der fracturirten Extremität eine Abmagerung und Atrophie der Musculatur, Verzögerung der Callusbildung und Versteifung der benachbarten Gelenke eintreten, an dem Gelenk aber gewöhnlich mit dem Zurückgehen der Ernährung auch ein weiteres Umsichgreifen des pathologischen Processes zu Stande kommen.

Bei den Fracturen und Gelenkentzündungen der oberen Extremität beobachten wir diese üblen Complicationen meist nicht, weil hier neben der Immobilisirung die Bewegung im Freien möglich ist.

Wir müssen daher bemüht sein, auch für die untere Extremität dieselben Bedingungen zu schaffen: bei der Fractur nach Abfall der Schwellung und Bildung des provisorischen Callus, bei der Gelenkerkrankung nach Correction des perversen Stellung und Schwund der Empfindlichkeit die Patienten auf die Beine zu bringen — und das können wir nur, wenn wir sie Apparate tragen lassen, die die Belastung der Fractur oder des Gelenkes Seitens des Körpergewichtes ausschliessen. Es sind zu diesem Zweck nach dem Bekanntwerden der Taylor'schen Arbeit (über die mechanische Behandlung der Erkrankungen des Hüftgelenkes, Berlin 1873) eine Menge von Apparaten und Maschinen construirt worden und die Orthopädie hat hier unstreitig Grosses geleistet. Es würde uns aber zu weit führen, wenn wir an dieser Stelle all' der Prothesen, die bis jetzt in Anwendung gezogen sind, gedächten. Unter denselben sind jedenfalls die Hessing'schen Apparate als die vollkommensten anzusehen und jeder von uns, der in der Klinik oder Privatpraxis die Apparate dieses Meisters der Technik kennen gelernt hat, wird ihnen ohne Zweifel den Preis zuerkennen. Leider sind nur diese Apparate äusserst schwer zu beschaffen und daher für die Hospital- oder Privatpraxis unter Unbemittelten kaum in Rechnung zu ziehen. Bei der grossen Wichtigkeit des Princips aber, welches der Anwendung solcher entlastender Apparate zu Grunde liegt, ist es unumgänglich nothwendig, Vorrichtungen zu ersinnen, welche sich ohne viel Mühe und Kosten herstellen lassen und jedem zugänglich sind.

Das Hauptverdienst haben sich hier unstreitig Herr Prof. von Wahl und Dr. Severin erworben, als sie durch ihre Filz-Schellackverbände noch vor den Taylor'schen und Hessing'schen Apparaten ihren Patienten Immobilisirung, Entlastung und Bewegung ermöglichten. Es sind diese Apparate zuerst in der «Petersb. Medicinischen Zeitschrift» 1873 № 7, pag. 377 kurz beschrieben und neuerdings von Herrn Prof. von Wahl in seinen «Krankheiten der Knochen und Gelenke im Kindesalter» [1] genauer geschildert worden. Schmitz und Ohms [2] empfehlen statt der theueren Schellacklösung sich des Wasserglases bei der Präparation der Severin — von Wahl'schen Schienen zu bedienen.

Durch diese Apparate ist man allerdings im Stande, den 3 Hauptindicationen zur Behandlung der Fracturen und tuberculösen Gelenkerkrankungen gerecht zu werden; doch hat schon Prof. von Wahl [3] hervorgehoben, dass die Filzwasserglasverbände gewissermassen über das ihnen gesetzte Ziel hinausschiessen, indem sie sämmtliche Gelenke des betreffenden Beines immobilisiren, und auf diese Weise auch in den gesunden Gelenken störende Versteifungen hervorrufen.

Bei der Behandlung der Fracturen werden wir in der ersten Zeit allerdings die der Fractur nächstliegenden Gelenke zu fixiren haben; aber es erscheint auch hier wünschenswerth, möglichst bald begrenzte Bewegungsexcursionen in den Gelenken zu gestatten und diese allmählig zu steigern. Nur so werden wir unbeschadet für die Fractur die Gelenkversteifung verhüten. Dasselbe gilt auch für die Gelenkerkrankungen; auch hier müssen wir, um den Ausgang in Ankylose zu vermeiden, frühzeitig mit beschränkten Bewegungen beginnen. Wenn die orthopädischen und prothetischen Apparate diese Aufgabe erfüllen, so müssen wir derselben auch bei der Application unserer einfachen Verbände gerecht zu werden versuchen. In gewissem Sinne wird diese Aufgabe gelöst durch die von Dr. Kappeler und Dr. Haffter empfohlenen articulirten Wasserglasverbände [4].

[1] Gerhardt. Hdb. der Kinderkrankheiten, Bd. VI.

[2] E. Ohms. Einiges über Filz-Wasserglasverbände. «St. Petersb. med. Wochenschr.» 1879, № 15.

[3] l. c. pag. 436.

[4] Kappeler und Haffter. Der articulirt mobile Wasserglasverband und seine Anwendung in der Orthopädie und Prothese. D. Zeitschr. f. Chir. VII. S. 129.

Nach ihrer Angabe schneidet man an den Gelenkstellen bis auf 2 seitliche Pfeiler mehr oder weniger grosse Fenster aus, die je nach den Bewegungen, die man für's Gelenk bestimmt, von verschiedener Grösse sein sollen. Aber diese Verbände haben den grossen Uebelstand, dass sie nicht abnehmbar sind. Bei der Behandlung fungöser Gelenkentzündungen erscheint es jedenfalls nothwendig, die Apparate so einzurichten, dass sie mit Leichtigkeit entfernt werden können, denn der Gebrauch einfacher oder medicamentöser Bäder spielt ja bei der Behandlung dieser Erkrankungen eine grosse Rolle. Auch bei den Fracturen scheint mir der abnehmbare Apparat einen Vorzug vor dem festen zu haben; ich glaube nämlich, dass man mit ersterem früher Gehversuche machen lassen kann, da sich Schwellung oder Dislocation der Fragmente in diesen Apparaten leichter controliren lassen.

Wir bedienten uns deshalb im vorigen Semester zur Behandlung der fungösen Hüft-, Knie- und Fussgelenkentzündungen und Fracturen der unteren Extremitäten der Thomas'schen [1] Apparate, wie sie vom Bandagisten Quehl in Petersburg nach Angabe des Herrn Dr. C. Reyher verfertigt werden. Statt der vom gepolsterten Sitzringe an der Aussen- und Innenseite der Extremität nach abwärts verlaufenden Stahlschienen haben diese von Quehl gefertigten Apparate zusammengehämmerte Weissblechschienen, die sich besser nach der Form des Gliedes biegen lassen. Der Fusstheil wird grösserer Festigkeit halber aus Schmiedeeisen hergestellt. An den Gelenkstellen sind die Schienen durch Nieten beweglich mit einander verbunden. Wir applicirten anfänglich nach dem Vorgange von Dr. Reyher zur besseren Fixation des Apparates über denselben am Ober- und Unterschenkel Gyps- oder Wasserglasverbände mit Freilassung des Knie's; doch hatten wir häufig Gelegenheit, die unangenehme Beobachtung zu machen, dass die Gyps- und Wasserglashüllen sich beim Gehen lockerten, die Oberschenkelhülle auf's Knie und die Untersckenkelhülle auf den Fuss hinabrutschten und Decubitus oder Schwellung verursachten. Wurden nun die Gypsbindentouren, um einem Herabrutschen der Hüllen vorzubeugen, stärker angezogen, so stellte sich beim Gehen sehr bald Schwellung des Fusses durch zu starken Druck von Seiten des Apparates ein.

Für die Behandlung der fungösen Gelenkentzündungen war dieser Apparat auch nicht geeignet, weil er nicht abnehmbar war und daher den Gebrauch der Bäder ausschloss und wir andererseits auch nicht die Patienten mit Apparaten, die so schlimme Zufälle hervorrufen konnten, auf's Land schicken wollten, sondern sie längere Zeit in der Klinik unter Controlle behalten mussten.

Wir construirten uns daher folgende in den nebenstehenden Abbildungen dargestellten Apparate:

Fig. I. Apparat für die fungösen Knie- und Fussgelenkentzüudnngen und Unterschenkelfracturen.

Wir schneiden uns zuerst aus grobem Filz für den Oberschenkel und Unterschenkel Hüllen aus, tränken sie mit Wasserglas und fixiren sie dann vermittelst einer in Wasserglas getauchten Marlybinde genau an die Extremität. Nachdem diese Wasserglashüllen nach ca. 2 Tagen an der Extremität erhärtet sind, werden sie an der Vorderfläche aufgeschnitten, und damit die Hüllen später besser angezogen werden können, wird noch aus ihrer Vorderfläche zu beiden Seiten der durchtrennten Stelle je ein schmaler Streifen fortgenommen. Der hiesige Instrumentenmacher Grempler fertigt uns nun den Sitzring an und nietet die Hüllen in die Weissblechschienen hinein und zwar so, dass an den Aussenseiten der Hülle jederseits 3 Lagen und an den Innenseiten eine Lage des Weissblechs kommen.

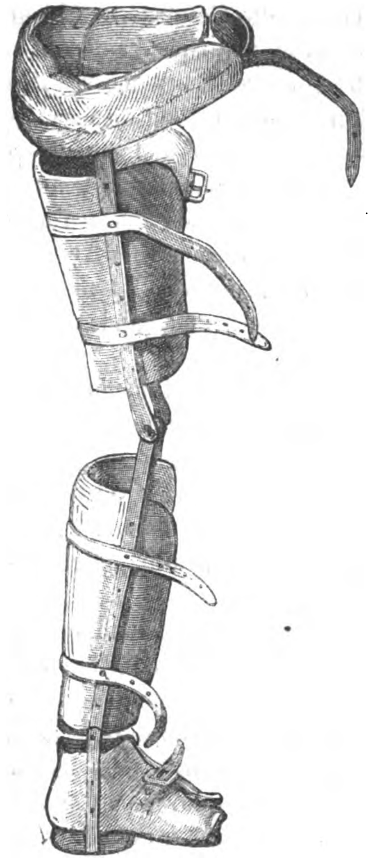


Fig. 1.

Fixirt wird der Apparat oben durch den Sitzring, der unterhalb des Tuber ischii die Schenkelbeuge umgreift; am Ober- und Unterschenkel verlaufen von den Schienen über die Hüllen hinweg je 2 Lederriemen, die den Apparat genau dem Gliede adaptiren.

Für die Fussgelenkerkrankung fertigen wir noch zur Immobilisirung des Fusses einen Filzwasserglasschuh an.

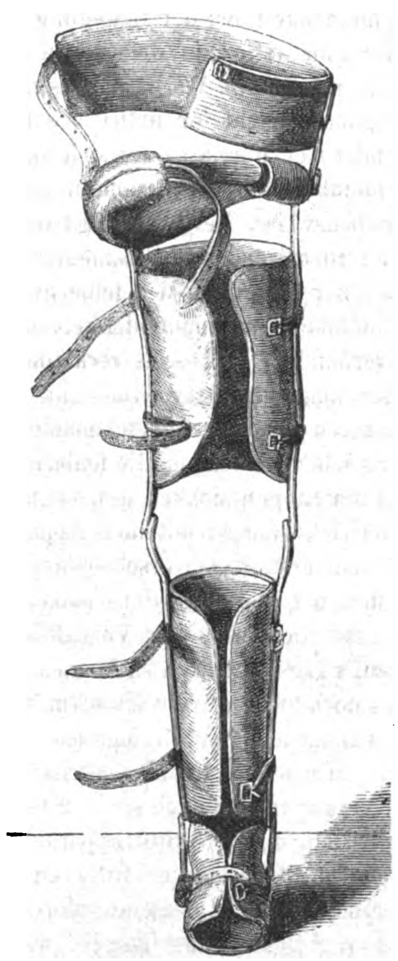


Fig. 2.

Fig. II. Apparat für die Coxitis und Oberschenkelfractur.

Derselbe wird ebenso wie der erste Apparat angefertigt. Nur müssen wir uns vorher einen Beckengürtel aus Filzwasserglas anfertigen und die an der Aussenseite der Extremität verlaufende Schiene verlängern, um sie mit einer vom Beckengürtel herabkommenden Schiene vermittelst eines Charniergelenkes zu verbinden. Der Beckengürtel wird ebenfalls durch einen Lederriemen um die Taille befestigt. Mit diesen Apparaten haben wir nun die Fracturen und fungösen Gelenkerkran-

[1] Thomas Diseases of the hip-knee- and ankle-joints. Liverpool 1876.

kungen der unteren Extremitäten behandelt und müssen sie als äusserst practisch empfehlen, da sie vollkommen allen den Anforderungen entsprechen, die die moderne Chirurgie bei der Behandlung der Fracturen und Gelenke der unteren Extremitäten an sie stellen kann und stellen muss. Zudem zeichnen sie sich vor den künstlichen orthopädischen Apparaten durch ihre *Einfachheit, Billigkeit* und *geringes Gewicht* aus. Man kann diese Apparate überall auf dem Lande von irgend einem Schmied oder Schlosser machen lassen, nachdem die Filzwasserglashüllen vorher vom Arzt selbst angefertigt worden sind und wird man so vollständig unabhängig von den Instrumentenmachern und Bandagisten der grösseren Städte.

Der erste Apparat kommt uns 7—8 Rbl. und der zweite Apparat mit dem Beckengürtel 9 Rbl. zu stehen; wir können also auch den Unbemittelten die Behandlung zu Theil werden lassen, die früher nur den Wohlhabenden vergönnt war.

Das Gewicht des in der Fig. 2 abgebildeten Apparates beträgt nur $5^3/_4$ Pfd., während der Apparat ohne Beckengürtel gewöhnlich nur 5 Pfd. wiegt.

Die Erfolge der orthopädischen Gelenkbehandlung brauchen wir hier nicht weiter hervorzuheben, da sie genügend bekannt sind. Herr Prof. von Wahl befürwortet eine möglichst frühzeitige und consequente orthopädische Behandlung der fungösen Gelenkerkrankungen und so ist denn auch der in der Fig. 2 abgebildete Apparat für eine Coxitis mit einem Congestionsabscess an der äusseren Seite des Oberschenkels bestimmt. Der 17-jährige recht elend aussehende Patient trat hier am 7. Mai d. J. mit einer Contractur im Hüftgelenk, grosser Empfindlichkeit bei der Bewegung der Extremität und deutlicher Fluctuation in dem schon besprochenen Abscess ein. Herr Prof. von Wahl hält es nach seinen langjährigen Erfahrungen nicht für indicirt, solche Abscesse zu eröffnen, sondern er überlässt sie sich selbst und sucht nur das Allgemeinbefinden der Patienten durch eine gesundheitsmässige Lebensweise, Bewegung an frischer Luft und Darreichung von roborirenden Medicamenten zu heben. Patient lag daher zur Correction der fehlerhaften Stellung und bis zur Abnahme der Empfindlichkeit über 3 Wochen im Extensionsverbande. Der Abscess verkleinerte sich sichtbar und ist seine augenblickliche Grösse an der Hervorwölbung an der äusseren Seite der Oberschenkelhülle unterhalb des Sitzringes zu sehen. Nachdem die fehlerhafte Stellung ausgeglichen und die Empfindlichkeit geschwunden war, begann Patient seine Gehversuche mit dem Apparat. Empfindlichkeit war bei dem ersten Gehversuche fast gar nicht vorhanden und hoffen wir den Patienten, sobald er das Gehen erlernt hat, mit den nöthigen Verhaltungsmassregeln ausgerüstet, auf's Land schicken zu können.

Wir wollen nun, um uns noch mehr von der Zweckmässigkeit der von uns eingeschlagenen Behandlungsweise der Fracturen zu überzeugen, in Kürze 4 Krankengeschichten berichten, zumal, da wir gerade in der Lage sind, 2 Oberschenkelfracturen, die wir mit unserem Stützapparat behandelt haben, zwei analogen Brüchen der früheren Behandlungsweise gegenüberzustellen. Die Oberschenkelbrüche, die im vorigen Semester zur Behandlung kamen, waren folgende:

Der eine Fall betraf eine 64-jährige Frau, die beim Sturz aus dem dritten Stock sich eine intracapsuläre Schenkelhalsfractur zugezogen hatte. Patientin wurde zuerst mit der Extension behandelt und darauf am Beginn der 4. Woche mit einem in Fig. 2 abgebildeten Apparat zu gehen veranlasst. Bald nach Application des Apparates wurde sie aus der Klinik entlassen — und hatte ich die Freude, als ich gestern die Patientin besuchte, sie auf einen Stock sich stützend mir begegnen zu sehen. Den Apparat hatte sie 2 Tage vorher abgelegt und konnte jetzt genau nach 8 Wochen unbehindert gehen. Die Fractur schien consolidirt und die Verkürzung des Beines betrug nur $1^1/_2$ Ctm. Knieschmerz und Schwellung des Fusses waren gar nicht vorhanden.

Der zweite Fall betraf eine 62-jährige Frau mit einer Oberschenkelfractur im unteren Drittel. Diese Patientin ging schon in der dritten Woche vermittelst des Apparates wie wir ihn zuerst applicirt — der Thomas'schen verlängerten Schiene mit einem Beckengürtel und darüber Gyps.

Hier war auch nach 6 Wochen vollständig Consolidation ohne die geringste Verkürzung der Extremität eingetreten. Doch hatte diese Patientin lange Zeit noch nach der Heilung an einer hartnäckigen Neigung zu ödematösen Anschwellungen des Fusses und Unterschenkels zu leiden — was wir auf Rechnung der zu festen Compression durch den Gypsverband setzen müssen.

Im vorigen Jahr hatten wir ebenfalls eine Schenkelhalsfractur in Behandlung. Durch Fall von einer Treppe hatte sich eine 70-jährige Dame hier in Dorpat einen extracapsulären Schenkelhalsbruch zugezogen. Die Patientin lag 3 Wochen im Extensionsverbande und erhielt darauf, da künstliche orthopädische Apparate hier an Ort und Stelle nicht verfertigt werden und auch aus Petersburg nur mit grossen Schwierigkeiten beschafft werden können, einen Wasserglasverband, der bis zur Consolidation getragen werden sollte. 8 Wochen nach der Verletzung wurde der Wasserglasverband entfernt und Patientin sollte nun, da der Bruch vollständig consolidirt war, gehen. Doch hatte die verhältnissmässige kurze Immobilisirung der Gelenke schon genügt, um eine behinderte Beweglichkeit im Hüft- und Fussgelenk, eine vollständige Steifigkeit und colossale Empfindlichkeit im Kniegelenk zu verursachen. Die Gehversuche mussten natürlich unter solchen Umständen eingestellt werden, und die Patientin war trotz der guten Heilung des Bruches noch längere Zeit ans Bett gefesselt. Die Empfindlichkeit im Kniegelenk wollte der energischen Behandlung nicht weichen und erst nach mehreren Monaten war Patientin soweit, dass sie auf Krücken durch's Zimmer gehen konnte. Die Steifigkeit im Kniegelenk ist, wie ich in Erfahrung gebracht habe, auch jetzt nach einem Jahr noch nicht vollständig geschwunden.

Einen noch ungünstigeren Verlauf nahm eine Oberschenkelfractur eines sonst recht kräftigen ca. 40-jährigen Herrn in einer unserer Nachbarstädte. Der Bruch befand sich an der Grenze des oberen und mittleren Drittels des Oberschenkels und wurde mit Extension, festen Verbänden, und da die Consolidation nicht zu Stande kommen wollte, mit Friction der Fragmente behandelt. Patient hatte ein Jahr im Bett zugebracht, als Prof. von Wahl dieses Falles wegen consultirt wurde. Prof. von Wahl rieth den Patienten auf die Beine zu bringen und liess ihm einen Hessing'schen Apparat anfertigen. Es waren aber natür-

lich bedeutende Atrophie der Musculatur und vollständige Versteifung sämmtlicher Gelenke eingetreten. Am meisten widerstand das Kniegelenk der Behandlung. Nachdem das Hüft- und Fussgelenk beim An- und Ablegen des Apparates schon nicht mehr empfindlich waren, verursachte das Kniegelenk dem Patienten stets solche Schmerzen, dass er immer mit Schrecken an die Stunde dachte, wo die Gehversuche unternommen werden sollten.

Patient kam zur weiteren Behandlung hierher nach Dorpat. Die Therapie war hier in der Klinik namentlich gegen die Steifigkeit und Empfindlichkeit des Kniegelenks gerichtet: es wurden neben den Uebungen im Gehen mit dem Stützapparat, täglich warme Bäder gebraucht. Nach einigen Wochen war der Bruch consolidirt und das Kniegelenk nicht mehr empfindlich. Die Steifigkeit im Kniegelenk war nach einer 6-wöchentlichen Behandlung hier in der Klinik dieselbe wie bei der Ankunft des Patienten. Doch konnte der Stützapparat auch schon abgelegt werden und wurde Patient mit einem erhöhten Stiefel und Krücken zum Gebrauch von warmen Seebädern entlassen. Die Verkürzung der Extremität betrug $2^1/_2$ Zoll.

Ein Vergleich dieser 4 Krankengeschichten wird wohl ohne Zweifel zu Gunsten unserer Behandlungsweise der Fracturen ausfallen und können wir nach obigen Erörterungen nur mit dem Wunsch schliessen, dass auch in weiteren ärztlichen Kreisen die von uns zur Behandlung von Fracturen und Gelenkkrankheiten empfohlenen Apparate einer Prüfung unterzogen werden möchten.

Referate.

Guttmann: Zur Guttmann'schen Pilocarpinbehandlung der Diphtheritis. (Breslauer ärztl. Ztschrft. № 8 und 9 1881.)

Vorstehende Arbeit hat, ohne neue Momente zu bringen, den Zweck, Vf.'s Behandlungsmethode eine möglichste Verbreitung zu verschaffen.

Als Specificum gegen Dipht. stellt Vf. das Pilocarpin hin, weil es stets und mit völliger Sicherheit die Ursache der Krankheit beseitige und das schon gesetzte Krankheitsproduct entferne, demnach die Krankheit selbst *unmittelbar heile.*

Nachdem nun Vf. sein Prioritätsrecht, was die Empfehlung des Pilocarpin als *directes* Heilmittel gegen Dipht. betrifft, in Anspruch genommen, geht er zur Begründung der Wirkungsweise des Pilocarp. über. Das Wesen der Dipht. besteht in einer tiefeingreifenden, durch ein specifisches Krankheitsvidus verursachten Schleimhautentzündung. Da nun aber Pilocarpin in allen Fällen stets eine vollkommen sichere Wirkung auf die Secretion aller Schleimhäute ausübe, so würden «durch diese Anregung der physiol. Thätigkeit der erkrankten Schleimhäute, beziehungsweise deren Secretionsorgane, die Entzündungserscheinungen in denselben immer vollständig weichen,» also «Pilocarpin ist ein Specificum gegen Dipht.» Durch die so reichlich gebildete Flüssigkeit wird das Mikrosporon Dipht. fortgeschwemmt. Als wesentlichen Unterschied der innerlichen Verabfolgung des Pilocarpin gegenüber den subcutanen Injectionen hebt Vf. die selbst tagelang anhaltende continuirliche Speichelsecretion hervor. Neben dieser Behandlung will jedoch Vf. das Chinin nicht missen, ja bei beginnender Allgemein-Infection hält er täglich einmal eine volle Dosis Chinin für nöthig, um den glücklichen Ausgang zu sichern.

Vf. leitet die Pilocarpinbehandlung bei jeder einfachen Angina tonsill. und Pharyngitis ein, mit dem Zweck, der Dipht. vorzubeugen.

Collaps hat er in seinen c. 130 Fällen nie zu behandeln gehabt; daher betont er aber auch die Art und Weise der Verabfolgung des Mittels, wie er sie früher empfohlen hat, d. h. Tag und Nacht stündlich 1—3 Mgrm. Pilocarpin mit stets nachfolgender Gabe Wein und Cognac.

Zum Schluss führt Vf. mehrfache bestätigende Mittheilungen verschiedener Collegen an und bespricht dann noch in Kürze die neueste Arbeit von Prof. Demme (Das Pilocarpin bei Scharlach und Diphtheritis. Jahrb. für Kinderheilk. N. F. Bd. XVI). Hlm.

Th. Patenko: Ueber die Entwicklung der Corpora fibrosa in Ovarien. (Virchow's Arch. 1880, Bd. 84. S. 193—207.)

Eine im Berliner pathologischen Institut ausgeführte Untersuchung der Eierstöcke von 12 Sectionen hat den Verf. zu folgenden Schlüssen geführt:

1) Corpora fibrosa der Ovarien entwickeln sich zweifellos sowohl aus Corpora lutea als auch aus Follikeln mittlerer Entwickelungsstufe. Während dieses Processes gehen die Primordialfollikel meistentheils durch Colloidmetamorphose zu Grunde.

2) Diese Corpora fibrosa lassen sich in zwei Arten theilen, in solche, die im Innern eine Höhle haben, und in solche, welche solide und ohne eine Spur einer solchen Höhle sind.

3) Beide Arten der Corpora fibrosa können nicht selbstständig wachsen.

4) Fibröse Tumoren, welche sich wirklich von dem Ovarium entwickeln, können nur die Grösse eines Hühnereies oder allerhöchstens die eines Gänseeies erreichen, d. h. diejenige Grösse, welche das Ovarium selbst allenfalls einmal erreichen kann.

5) In diesen Fällen bildet sich die fibröse Ovarialgeschwulst durch Zusammenfliessen aller verwandelten Follikel und Gefässe des Ovarium.

6) Der Ursprung der von verschiedenen Autoren beschriebenen ausserordentlich grossen Ovarialfibrome aus dem Ovarium selbst ist mehr als zweifelhaft. Au.

J. Bókai: (Budapest) Leberabscess nach Abdominaltyphus. (Pest. med. chir. Presse № 20.)

In das Budapester Armen-Kinderhospital wurde ein 6-jähriges Mädchen aufgenommen, welches seit einigen Wochen an Abdominaltyphus litt. Bei näherer Beobachtung stellte sich ein eigenthümlicher intermittirender Character des Fiebers heraus, der durch Chiningaben nicht alterirt werden konnte und schliesslich nach c. 6 Wochen starb das Kind unter den Anzeichen acuter Peritonitis.

Die Section ergab einen abgelaufenen Abdominaltyphus und eitrige Peritonitis. Ausserdem fanden sich sowohl im linken wie auch im rechten Leberlappen Abscesse, in deren Inhalt sich übrigens keine Mikrokokken finden liessen.

Als Ursache der suppurativen Hepatitis betrachtet Verf. einen embolischen Process und glaubt, dass der Embolus in den kleinsten Endverzweigungen der Vena portae, aus Thromben der aus den Darmgeschwüren kommenden Gefässchen stammt. P.

Heusinger: Fall von hysterischer Paraplegie. (Berl. kl. W. 1880. № 42.)

H. theilt einen Fall mit, in welchem es ihm gelungen ist durch Strychnininjectionen Heilung zu erzielen. Er gab in 1% Lösung subcutan $^1/_{30}$ — $^1/_{12}$ Gr. Strychninum sulfuricum jeden 3. Tag. Nach 10 Injectionen war Patientin geheilt. —o—

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Eduard Albert: Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre. Vorlesungen für praktische Aerzte und Studirende. (I. Band. Die chirurgischen Krankheiten des Kopfes und Halses. Mit 123 Holzschnitten. 2. umgearbeitete und vermehrte Auflage. Wien und Leipzig. — Urban und Schwarzenberg 1881. Preis 10 Mark).

Ein Zeichen für die günstige Aufnahme, welche dieses Buch bisher gefunden, ist, dass der letzte Band (IV) der ersten Auflage erst im letzten Jahr erschienen und schon die zweite Auflage vorliegt. Wir haben uns seiner Zeit über die grossen Vorzüge des Werkes an diesem Ort ausgesprochen und glauben es nicht wiederholen zu müssen. Die zweite Auflage ist umgearbeitet und erweitert. Im Grossen und Ganzen ist die Anordnung des Stoffes dieselbe geblieben, nur sind vielfach Ergänzungen eingefügt, so z. B. eingeschoben eine Vorlesung über die Theorie der cerebralen Localisation, Topographie der Hirnrinde etc., überhaupt ist die Zahl der Vorlesungen um vier gewachsen. Inhaltlich hat das Buch zugenommen bei gleich bleibendem äusserem Umfange, letzteres dadurch, dass viel Petit-Druck angewandt und so äusserlich das Wichtigere vom weniger Wichtigen mehr geschieden ist, als in der früheren Auflage. Die Zahl de Abbildungen ist ebenfalls vergrössert worden. T.

Krafft-Ebing: Lehrbuch der Psychiatrie für praktische Aerzte und Studirende. Thl. I. In's Russische übersetzt von Dr. A. Tscheremschanski; St. Petersburg, C. Ricker 1881.

Unter den in den letzten Jahren in Deutschland erschienenen Handbüchern der Psychiatrie empfiehlt sich dasjenige von Krafft-Ebing durch seine klare, einfache und umfassende Darstellung des gesammten Materials. In diesem Sinne sind auch die Beurtheilungen des Werkes sowohl in Deutschland (Kirn) als auch in Frankreich (Châtelain) ausgefallen. Es kann daher von vorneherein eine Uebersetzung desselben ins Russische als ein verdienstvolles Werk angesehen werden. In diesem speciellen Fall muss aber noch rühmend hervorgehoben werden, dass der Uebersetzer sowohl die Sprachen

als auch das Gebiet der Psychiatrie praktisch und theoretisch beherrscht. Dadurch ist es ihm nicht nur möglich geworden den Sinn präcis und klar wiederzugeben, sondern auch einzelne Lücken des Werkes auszufüllen. Hierher gehören vor allen Dingen die Arbeiten und Bestrebungen auf dem Gebiet der Psychiatrie in Russland, die bisher in Deutschland noch sehr geringe Berücksichtigung finden. Diese Zusätze verdienen nicht nur den Dank aller russischen Aerzte, sondern könnten bei einer neuen Auflage des Werkes in deutscher Sprache mit Vortheil benutzt werden.

Bisher ist nur der erste Band erschienen; wir wünschen den beiden folgenden den gleichen Erfolg und die weiteste Verbreitung.

Th. Tiling.

Russische medicinische Literatur.

№ 195. **Wojenno-Sanitarnoje Djelo.** № 14.
Inhalt: a) .... Ueber verschiedene Mängel der Organisation des Militärsanitätspersonals.
b) Geltowski: Die militärärztliche Berichterstattung.
c) Swjatlowski: Der Milzbrand u. s. w. (Forts.)

№ 196. **Wratschebnija Wedomosti.** № 29.
Inhalt: a) Otschakowski: Zur Diagnostik der Psychosen.

№ 197. **Wojenno-Medizinski Journal.** Juli-Heft 1881.
Inhalt: a) Tschermak: Das Plato-Oppel'sche Phänomen. (Schluss).
b) Obraszow: Die Morphologie der Blutbildung im Knochenmark bei den Säugethieren.
c) Walch: Mortalitäts-Statistik St. Petersburgs für den April 1881.
d) Unterberger: Ueber Verbreitung und Bedeutung des Lister-Verbandes in Deutschland und Oesterreich im Jahre 1880.

№ 198. **Anzeiger der Mineralbäder von Staraja-Russa** № 12.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Ueber Meningitis cerebrospinalis epidemica (Genickkrampf) insbesondere über die nach derselben zurückbleibenden combinirten Gehörs- und Gleichgewichtsstörungen von Dr. S. Moos (a. o. Prof. in Heidelberg) Heidelberg 1881, C. Winter. 8° 68 S.

— Lehrbuch der Arzneimittellehre nebst Anleitung zu Arzneiverordnungen von Dr A. Cloetta. Freiburg i. B. und Tübingen 1881. J. C. B. Mohr (Paul Siebeck) 8° 332 S.

— Lehrbuch der physikalischen Untersuchungsmethoden innerer Krankheiten von Dr. Herrm. Eichhorst (a. o. Prof. in Göttingen) Th. I. Untersuchung von Haut, Temperatur, Puls, Repirationsorganen. Braunschweig 1881, Fr. Wreden, 8° 475 S., mit 102 Holzschnitten.

— Pathologie und Therapie der Syphilis von Dr. Moriz Kaposi (a. o. Prof. in Wien) I. Hälfte. Stuttgart 1881, F. Enke. 8° 224 S. mit 10 Holzschnitten.

— Die Achsenzug-Zangen mit besond. Berücksichtigung der Tarnierschen Zangen von Prof. Dr. Lohs (Marburg) Stuttgart 1881, F. Enke. 8° 55 S., 4 Tafeln.

— Therapie der Augenkrankheiten für prakt. Aerzte und Studierende von Dr. W. Goldzieher (Docent in Buda-Pest). Stuttgart 1881, F. Enke. 8° 286 S.

— Cronica medico quirurgica de la Habana № 7.

— El medico y Cirujano Centro-Americano № 18.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft practischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 30. April 1880.

1. Zu Pt. 1. des vor. Protokolls bemerkt Dr. Stavenhagen: Betreffs des 2. der mitgetheilten Fälle von Orbitaltumoren handele es sich, wie die mikroskop. Untersuchung des erhärteten Präparats, sowie die soeben demonstrirten, von Dr. Krannhals gefertigten Präparate ergeben, um eine faserige Bindegewebsgeschwulst: in einem recht derben, grobfaserigen, deutlich alveolär angeordneten Stroma liegen dicht eingebettet lymphoide Zellen, wie solche sowohl dem Granulationsgewebe, Tuberkeln, Lymphomen, als auch einzelnen Sarkomformen eigenthümlich sind; der Tumor sei mithin als Fibrosarcoma aufzufassen.

2. Dr. Hampeln demonstrirt das Präparat eines Darmes mit 13 Perforationsstellen. Dasselbe entstammt einem seit Mai 1877 an Phtisis pulm. erkrankten Buchdruckergehilfen, welcher während seines 2-monatl. Aufenthalts im allgem. Krankenhause allerdings ab und zu Durchfälle und Leibschmerzen gehabt, in letzter Zeit jedoch gerade nicht über den Leib geklagt und bis zu seinem Tode überhaupt keine auf eine stattgehabte Perforation zu beziehenden Symptome dargeboten hatte. Bei der Section fanden sich, neben grösseren und kleinen Cavernen und käsigen Herden in den Lungen, — im Coecum, im ganzen Dünndarm zahlreiche Geschwüre und Perforationen, — in der Bauchhöhle eine dünne, bräunl.-foetide Flüssigkeit, anatomisch jedoch keine Erscheinungen von Peritonitis. Dieser Befund ist um so eigenthümlicher, als man nicht gut annehmen kann, die zahlreichen, zum Theil sehr umfangreichen Perforationen seien alle während der letzten Tage entstanden. Referent erinnert an ein vor längerer Zeit von Dr. Brutzer in unserer Gesellschaft vorgezeigtes ähnliches Präparat von einem Phtisiker entstammenden Darmgeschwüren und Perforationen, welches Prof. Boettcher in Dorpat übersandt und von diesem für Darmsyphilis erklärt worden war. Die Möglichkeit zugebend, dass es sich in vorliegendem Falle ebenfalls um Syphilis handele, bemerkt Dr. Hampeln, er selbst habe in constatirten Fällen von Darmsyphilis bisher nie Geschwüre im Dünndarm gefunden.

Sitzung am 14. Mai 1880.

Dr. Stavenhagen stellt einen Pat. vor, bei welchem er zahlreiche, umfangreiche Wülste hypertropischer Conjunctiva exstirpirt hat. Abgesehen von 2 fast nussgrossen Excrescenzen je im innern und äussern Augenwinkel, nahm eine derartige Wucherung die ganze untere Uebergangsfalte ein, hatte von dort aus die Hälfte der unteren Lidbindehaut mit einbezogen und bedingte, bis zum unteren Hauthornrande ragend, ein totales Ectropium des unteren Lides. Nach Lospräparirung des vorderen Conjunctivalüberzuges dieser Wucherung und Abtragung letzterer, wurde der gelöste Lappen durch 3 auf der Wange geknüpfte Doppelsuturen in der unteren Uebergangsfalte befestigt. Gegenwärtig, 14 Tage nach der Operation, ist das Ectropium völlig beseitigt und der kosmetische Erfolg durchaus befriedigend. — Das exstirpirte Gewebe gab keine Amyloid-Reaction.

Sitzung am 27. August 1880.

Die Discussion über Natron benzoïcum (Pt. 2 der Tagesordnung) wird vom Vorsitzenden mit einigen Daten über die physiolog. Wirkung des Mittels eingeleitet. Gegen Diphteritis (bes. bei Scharlach) hat er dasselbe einige Male angewandt, ohne jedoch eclatante Erfolge zu sehen; ebenso Dr. Worms, welcher nur in leichten Fällen, die bei der verschiedensten Behandlung ausheilen, Besserung sah. Die von Rokitansky ausgegangene Anwendung des Präparats in Form von Inhalationen gegen Phtisis, scheint in letzter Zeit nur wenig Nachahmer zu finden. Dr. A. Meyer berichtet: während seiner Anwesenheit in Wien auf der Duchekschen Klinik angestellte Versuche im Grossen mit diesen Inhalationen hätten sehr ungünstige Resultate ergeben: die Kranken magerten ab, der Husten wurde stärker und trat bes. häufig Haemoptoe auf. Dr. Hehn glaubt, bei einem Kranken unter dieser Behandlung eine geringe Besserung constatirt zu haben, derselbe expectorirte leichter, sein Körpergewicht hob sich und er erholte sich im Ganzen; freilich handelte sich's um einen Fall von chronischem Verlauf und ging es gegen den Sommer. — Dr. Kroeger hatte keine besonderen Erfolge dieser Methode. Vorsitzender rühmt die Wirkungen des Natron benz. bei Blasenkatarrh: als nützlich erweist es sich bes. in frischen Fällen und gegen Blasenblutungen. Dr. Carblom betont die Wirksamkeit des Kali chlor. in Fällen von Blasenkatarrh, während Vorsitzender auf eine neulich in Virchow's Archiv erschienene Arbeit hinweist, gemäss welcher das Kali chlor. einen deletären Einfluss auf die rothen Blutkörperchen ausübe, also eigentlich nicht andauernd gebraucht werden solle. Dr. Carblom hat Kali chlor. mit sehr gutem Erfolge gegen habituellen Abort angewandt, — in einem Falle während 7 Monaten und, bis auf eine starke Abmagerung der fettleibigen Kranken, ohne üble Nebenwirkungen. — Es wird von einigen Seiten auf die Beziehungen des Kali chlor. zur Epidermisbildung hingewiesen und dessen gute Wirkungen bei manchen krebsigen Geschwüren betont. Wenn auch nicht Heilung erzielt wurde, so fand doch an verschiedenen Stellen Vernarbung statt und wurde der Verlauf wesentlich günstiger gestaltet und verlangsamt. — Dr. Worms erwähnt, eine neulich in Virchow's Archiv erschienene Arbeit von Salkowsky mahne zur Vorsicht bei Anwendung grösserer Gaben von Natron. benz.: Salkowsky weise nach, dass das Mittel einen enormen Eiweisszerfall im Körper veranlasse, so dass die Stickstoffausscheidung um 4 grm. pro die gesteigert werde.

Sitzung am 24. September 1880.

Dr. Wolferz hat die blutsaugende Vogelmilbe, Dermanissus avium, als Schmarotzer auf der Haut einer Frau beobachtet. Pat. klagte über heftiges Jucken, besonders an den Stellen des Körpers, welchen das Hemd fester anliegt. Die Haut ist geröthet, mit kleinen Pusteln bedeckt, wie von Kleiderläusen herrührend; auf der Wäsche findet er kleine Milben. Die Angabe, dass das Jucken in der Nacht im Bett unerträglich sei, veranlasst eine Inspection der Wohnung. Diese hat längere Zeit leer gestanden, ist eine Dachwohnung, über welcher sich ein Taubenschlag befindet. Vom Bett aus lässt sich ein Weg verfolgen, der über die Diele zum Fenster läuft, hier durch eine Ritze über demselben nach aussen mündet und dann zum Taubenhaus hinaufführt, auf welchem Wege die Milben hin und herwandern. — Um die Fensterrahmen wird ein breiter Streifen grüne Seife gestrichen, damit den Milben die Wanderung in's Zimmer unmöglich werde; der Pat. ordinirt: Einreibung mit sap. vir. und darauf ein Bad. — Dr. Wolferz verliest eine Schilderung dieser Schmarotzer, cf. Taschenberg, pract. Insectenlehre V, pag. 147.

Der Internationale medicin. Congress in London ist am 3. August (22. Juli) durch den Prinzen v. Wales eröffnet worden und dem Programm gemäss verlaufen. Es ist dies sicher die grösste und glänzendste Versammlung von Medicinern, die die Welt jemals gesehen und schon jetzt lässt sich sagen, dass er viel des Interessanten gebracht.

Ueber den ersten Sitzungstag entnehmen wir der «Deutschen med. Wochenschrift den folgenden Bericht:

Lange bevor die elf Glockenschläge den Beginn des Congresses verkündet hatten, war St. James grosse Halle mit einer Zuhörerschaft gefüllt, wie ihres Gleichen noch nicht gesehen war. Kaum war es möglich die hervorragenden Männer der Wissenschaft und Praxis Alle zu erkennen, die zu dieser Vereinigung herbeigeeilt waren.

Aus Deutschland werden als anwesend genannt: v. Langenbeck (V. P.), Virchow (V. P.), Bardeleben (V. P.), Ewald (V. P.), Küster, Liebreich, Frerichs (V. P.), Westphal, Gurlt, B. Fränkel, Rabl-Rückhardt und Generalarzt Dr. Coler, Zuelzer aus Berlin; Oertel, Ranke, Port, aus München; Volkmann aus Halle; Busch (V. P.) in Bonn; Erb und W. His (V. P.) aus Leipzig; Gerhardt (V. P.), Kölliker (V. P.), Fick (V. P.), Rindfleisch (V. P.), und Scanzoni (V. P.) aus Würzburg; Eulenburg und Hueter aus Greifswald; Freund, Köberlé, Goltz (V. P.), und Kussmaul (V. P.) aus Strassburg; Bäumler aus Freiburg in Baden; Spiegelberg, H. Fischer und Jänicke aus Breslau; König aus Göttingen; Pflüger (V. P.) aus Bonn, Preyer aus Jena, Vierordt (V. P.) aus Tübingen, Trendelenburg und v. Zehender aus Rostock, Esmarch und Völckers aus Kiel, F. Winckel und Generalarzt W. Roth aus Dresden, Leichtenstern aus Köln, M. Schäffer aus Bremen, G. Varrentrapp (V. P.) aus Frankfurt a. M.

Aus Frankreich: Charcot (V. P.), Pasteur (V. P.). Hardy (V. P.), Verneuil (V. P.), Peter, B. Ball, Béclard, N. Gueneau de Mussy (V. P.), Parrot, Tarnier, Brown-Séquard (V.-P.), Fournier, Jules Guérin, Féréol, Péan, Bouchut, Léon Labbé, H. Gueneau de Mussy, Worms, C. Fauvel, Luys, Bouilland (V. P.), Foville aus Paris; Chauveau (V. P.) und Ollier (V. P.) aus Lyon.

Aus Oestreich-Ungarn: Kaposi, Schnitzler, Braun, Kraus, Wittelshöfer, Czarla.

Aus Italien: Baccelli aus Rom, Palasciano, Tommasi, Semmola aus Neapel, Corradi und Schuh aus Florenz, Pacchiotti aus Turin, Professor Tamburini aus Reggio.

Aus Holland: Professor Stockvis (V. P.), Tilanus (V. P.), Gunning, Donders (V. P.), von Overbeck de Meyer und Dr. Snellen aus Utrecht, Professor Rosenstein aus Leyden.

Aus der Schweiz: Revillod, Reverdin, C. Vogt und A. D'Espine aus Genf, Dr. Horner und Hermann aus Zürich, Dr. Vogt.

Aus Schweden und Norwegen: Loven, C. J. Rossander, Santesson und Holmgren (V. P.)

Aus Dänemark: Panum (V. P.), Hannover (V. P.) und W. Meyer.

Aus Russland[1]: C. Reyher, Horwitz, Kolomnin, Leshaft, Rein, Slawjanski, Higginbotham, Amburger, Jacobson aus St. Petersburg; v. Wahl aus Dorpat; ferner Kosinski, Lasarewitsch, Lambl, Lebedew, Lewschin, Pawlinow.

Aus Griechenland: Dr. Anagnostakis aus Athen.

Aus Amerika: DDr. Austin Flint (V. P.), Jacobi, Fordyce Barker, Sayre., J. Marion Sims, Bigelow, I. Minis Hays, Da Costa, H. R. Wood, R. Batty, Yandell, Billing (V. P.), Brown, um nur Einige zu nennen, welche gerade in die Augen fielen. (Die mit V. P. Bezeichneten sind Ehren-Vice-Präsidenten des Congresses.)

Der Prinz von Wales wurde mit stürmischer Begeisterung empfangen und später erhob sich die Versammlung noch ein Mal zu ehrfurchtsvoller Begrüssung, als der deutsche Kronprinz eintrat.

Es würde unmöglich sein, ein nur annähernd treues Ref. über die gehaltenen Reden zu bringen, wäre es der englischen Presse durch ihre reichen Mittel und in Folge ihres collegialischen Zusammenhaltens nicht möglich gewesen, sofort die Stenogramme abzudrucken um schon in der Nummer des 6. August zu publiciren.

Den Vorsitz führte als Ehrenpräsident Sir William Jenner, mit lang anhaltendem Beifall empfangen, als er sich erhob. Seine Worte galten wesentlich dem Danke an die Königin für das von ihr bereitwillig übernommene Patronat und an den Prinzen of Wales für die Eröffnung des Congresses. Der Redner begrüsst dann die aus England, seinen Colonien, wie aus allen Theilen der Welt um der Förderung der Wissenschaft halber Erschienenen. Wissenschaft sei in der That ein Besitz, kostbarer als Gold. Dieses verliere an Werth, je mehr davon umgesetzt werde. Die Wissenschaft dagegen gewinne auch an innerem Werth durch jeden Zuwachs. Besser und dauerhafter verbinde Wissenschaft die Menschen als selbst Handel und Verkehr. Entdeckungen auf anderem Gebiete führen oft zu Kampf und Streit um des materiellen Gewinnes willen, Entdeckungen aber auf dem Gebiete der wissenschaftlichen wie der practischen Medicin sind der ganzen Welt frei gegeben. Je weniger der Arzt in seiner Thätigkeit zur Förderung der medicinischen Wissenschaft vom Streben nach pekuniärem Erfolge, von persönlichem Ehrgeiz, der Sucht nach Beifall regiert wird, je weniger er selbst seine eigenen Wünsche mit seiner Arbeit vermischt, je weniger Hoffnung und Furcht eine Einwirkung auf das Resultat seiner Thätigkeit ausüben oder den Sinn der Antwort fälschen, die die Natur auf seine Fragen ertheilt, je mehr er in seinen Untersuchungen nur die Wahrheit erstrebt, um so grösser ist der Gewinn, den die leidende Menschheit von ihm empfängt. Je mehr seine Untersuchungen dann dazu dienen, die Wiederkehr solcher Leiden zu verhüten und je gerechter der Mediciner die Ansichten und die Arbeiten der Anderen anerkennt, um so näher wird er dem Ideal kommen, welches wir uns von den würdigsten Mitarbeitern an unserer Wissenschaft gebildet haben. Als den echtesten Typus eines solchen wissenschaftlichen Arztes nennt Jenner vor Allem Edmund Parkes. Die Mitglieder des Congresses seien gekommen, von Anderen zu lernen, und aus dem eigenen Schatze ihrerseits mitzutheilen, in freier Discussion den Kern der Wahrheit zu Tage zu bringen. Der Redner hofft, dass der persönliche Verkehr Vorurtheile hinwegräumen, gegenseitige Sympathien erwecken, alte Freundschaften erneuern und fester das Band der Collegialität knüpfen werde.

Nachdem William Mac Cormack alsdann den Bericht der Executiv-Commission verlesen hatte, beantragte Sir Risdon Bennet den berühmten Chirurgen Sir James Paget zum Präsidenten und W. Mac Cormack zum Ehren-Secretär des Congresses zu ernennen und begrüsste die fremden Gäste in französischer Sprache. Prof. Donders als einstiger Vorsitzender des sechsten Congresses unterstützte den Antrag, der einstimmig durch Acclamation angenommen wurde.

Sir James Paget nahm alsdann den Präsidentensitz ein und wurde begrüsst und beglückwünscht durch den Prinzen von Wales. Der Prinz verbreitete sich in seiner Rede zuvörderst über die Vortheile eines solchen internationalen wissenschaftlichen Congresses gerade auf dem Gebiete der Medicin und Chirurgie. Schon die überaus rege Theilnahme garantire den Erfolg des Congresses, besonders sei es aber hoch erfreulich, dass das Ausland so warm der an seine Aerzte ergangenen Einladung entsprochen habe. Dann erhielt Dr. Mac Cormack noch den speciellen wohlverdienten Dank.

Die eigentliche Eröffnungsrede zu halten war natürlich die Aufgabe Sir James Paget's. Auch er gab eine Apologie solcher internationaler Congresse überhaupt mit ihrer Theilung in allgemeine Versammlungen und Sectionen. Besonders bei den Arbeiten der letzteren verweilte er längere Zeit, Grundsätze aussprechend, welche einst auch für unsere grossen Versammlungen maassgebend sein sollten. Zu wissenschaftlichem Fortschritt sei nothwendig die Fähigkeit, sich zu wandeln und zu entwickeln. Ueberall handle es sich um neue Erwerbungen und um sie richtig verwerthen zu können bedürfe man jugendlicher Geister, welches Alter sie auch hätten. Die Fähigkeit der Anpassung an neue Verhältnisse sichere die Erreichung der möglichst höchsten Stufe auch in der Wissenschaft. Den Fehler des Specialismus sieht Paget wesentlich in seiner Selbstzufriedenheit, nicht in der Beschränkung des Gebietes, welches vertieft werden könne. Solcher Selbstzufriedenheit wirke am besten ein allgemeiner Congress entgegen. Im übrigen habe jede wissenschaftliche Thatsache ihren Werth nicht nur in der Gegenwart, sondern auch für die Zukunft. Es wäre seiner Zeit schwierig gewesen, zu sagen, welch practischer Nutzen aus den Untersuchungen über die kleinsten Organismen von Leeuwenhök bis Ehrenberg hervorgehen werde und schliesslich haben sie die für die Praxis wichtigsten Gebiete der organischen Chemie umgewandelt und der Chirurgie die grösste Wohlthat erwiesen, die innere Medicin beginnen sie zu dominiren und die Interessen der Landwirthschaft sind eng mit ihnen verknüpft. Manche ähnliche Thatsachen kennt die Geschichte der Wissenschaft. In der Medicin ist die Bildung von Parteien mit dominirenden Theorien immer schädlich gewesen. Auch der Congress hat nicht die Aufgabe allgemein gültige Doctrinen festzustellen, er soll auf dem Gebiete realer Thatsachen klärend und kräftigend wirken. Auch Irrthümer sind oft nur Entwickelungs-Phasen. Die Geschichte der Wissenschaft gleicht vielfach der Paläontologie, die untergegangenen Wesen früherer geologischer Formationen erscheinen uns jetzt, gleich den Irrthümern der Wissenschaft, monströs, und diese Geschöpfe waren zu ihrer Zeit doch vielleicht so gut und nützlich, wie es damals möglich war. Ebenso gab es niedrigere, unvollkommenere Formen der Wahrheit und doch waren sie einst ein wirklicher Fortschritt. Ueberall in der Medicin sehen wir daher Perfectibilität und Fortschritt und die Frage erhebt sich nun, was können wir dazu beitragen? Es wird nicht leicht sein, darin die jüngste Vergangenheit zu überflügeln. In den letzten 50 Jahren ist wenigstens das Doppelte erreicht worden von den Errungenschaften des vorhergehenden halben Jahrhunderts. Paget erwähnte auch kurz den Kampf gegen das Thierexperiment, dem Virchow dann eine längere Rede widmete, die einer ausführlichen Wiedergabe bedarf. St. James Hall war angefüllt von einer aufmerksamen Zuhörerschaft, die dem deutschen Forscher den sympathischsten Empfang bereiteten.

Tagesereignisse.

— In Breslau wurde Prof. Biermer zum Rector, Prof. Heidenhain zum Dekan der medic. Fakultät erwählt.

— Der durch sein 40-tägiges Fasten berühmte Dr. Tanner ist an den Folgen eines Sturzes von der Treppe gestorben.

— In *Rostow a. Don* hat sich Dr. Zitowitsch vergiftet. Er hinterlässt Familie. Aus einem vorgefundenen Briefe geht hervor, dass materielle Noth ihn zum Selbstmord getrieben.

[1] Nach einheimischen Nachrichten. Red.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs
am 2. August 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	740	321	1061
Alexander- «	528	171	699
Kalinkin- «	—	433	433
Peter-Paul- «	358	146	504
St. Marien-Magdalenen-Hospital	162	73	235
Marien-Hospital	295	245	540
Ausserstädtisches Hospital	423	144	567
Roshdestwensky-Hospital	42	20	62
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	280	108	388
6 zeitw. Hospitäler	741	126	867
Ausschlags-Hospital	7	3	10
Summa der Civilhospitäler	3576	1790	5366
Nikolai-Kinder-Hospital	13	22	35
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	56	50	106
Elisabeth-Kinder-Hospital	13	20	33
Summa der Kinderhospitäler	82	92	174
Nicolai-Militär-Hospital	385	17	402
Ssemenow'sches Militär-Hospital «	158	—	158
Kalinkin-Marine-Hospital	192	—	192
Gesammt-Summa	4393	1899	6292

Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	1415	380	1795
Scarlatina	7	15	22
Variola	10	3	13
Venerische Krankheiten	497	431	928

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 25. Juli bis 1. August 1881 besucht von 2336 Kranken, darunter zum ersten Mal von 994.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs
für die Woche vom 19. bis 25. Juli 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 640 (Todtgeborene 23).

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
382	258	640	126	50	91	14	13	26	88	68	59	38	32	21	9	5

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 15, Typh. abd. 29, Febris recurrens 42, Typhus ohne Bestimmung der Form 17, Pocken 5, Masern 5, Scharlach 17, Diphtheritis 15, Croup 3, Keuchhusten 1, Puerperalkrankheiten 2, Dyssenterie 6, Thiergift 1, andere Infectionskrankheiten 17.

— Gehirnapoplexie 5, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 18, andere Gehirnkrankheiten 19, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 15, acute Entzündung d. Athmungsorgane 42, Lungenschwindsucht 87, andere Krankheiten der Brustoberfläche 10, Gastro-intestinal-Krankheiten 149, andere Krankheiten der Bauchhöhle 18, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 27, Marasmus senilis 22, Cachexia 24.

— Tod durch Zufall 15, Selbstmord 3. Mord 1.

— Andere Ursachen10.

Adressen von Krankenpflegerinnen.

Anna Karlowna Mordwin, у Чернышева моста, № 68, кв. 5.

M. Jakimowa, Гороховая, № 77, кв. 15.

Elis. Iwan. Njemtschinowa, На Пескахъ, 7 улица, № 8, кв. 4.

Amalie Schulz, На углу Вознесенскаго и Екатерингофскаго просп., д. Лихачева, № 37/6, кв. 37.

Frl. Helena Fedorowna Stepanenko (Hebamme u. barmherz. Schwester), Почтамтская ул., № 11, кв. 17.

Аполлинарія Егоровна Щепоткина (Hebamme) Новая ул., № 11, кв. 28.

Frl. Rasmussen, Обводный каналъ (на углу Измайловскаго просп.) № 21, кв. 30.

Frl. Nürnberg, Мал. Конюшенная, № 1/3, кв. 50.

Frau Eurich, На углу М. Итальянской и Эртелева пер., д. кн. Масальской, № 1/12, кв. 19.

Elisab. Karlowna van der Vliet (Hebamme und Krankenpflegerin) На углу большой Мастерской и Торговой улицъ, д. № 11/7, кв. 10.

Frau A. Jordan, Введенская ул., д. Зонтикова, кв. № 2.

Anna Andrejewna Bitt, Свѣчной переулокъ, д. № 8, кв. 10.

Anna Nikolaewna Nikolaewa, у Пустаго рынка, Рыночная ул., д. Пыльнева № 8, кв. 5.

Elis. Wass. Ospitschewa, Невскій просп. д. № 110, квар. № 11.

Caroline Krause, Измайловскій полкъ, 3 рота, домъ Общества дешев. кварт., № 7, комн. № 90.

Zum Jubiläum von PIROGOW

hatte der Bibliothekar der Kaiserlichen öffentlichen Bibliothek, wirkl. Staatsrath Dr. Chr. Friedr. v. Walther ein lateinisches Gedicht in Distichen von circa 100 Versen geschrieben, welches in der feierlichen Versammlung am Festtage, den 24. Mai, zu Moskau von einem der Herren Deputirten aus St. Petersburg überreicht worden ist.

Auf mehrseitigen Wunsch hat sich der Verfasser entschlossen, dasselbe drucken zu lassen. Die Verehrer des Jubilars werden daher eingeladen, Exemplare davon im Voraus zu bestellen, in den Buchhandlungen der Herren Ricker, Deubner, Schmitzdorff und Wolf. Es werden nur soviele Exemplare gedruckt werden, als davon bis zum 15. September bestellt worden sind. Das Gedicht wird auf gutem Papier elegant gedruckt und bildet mit farbigem Umschlag eine Broschüre von 6 Blättern gr. 8° und kostet 40 Kop.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 7 Августа 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh., Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

ST. PETERSBURGER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg,
Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 33. St. Petersburg, 15. (27.) August. 1881.

Ueber das Vorkommen äusserst niedriger Temperaturen im Verlaufe von Geisteskrankheiten.

Von
Dr. W. Bechterew,
Ordinator an der psychiatrischen Klinik des Prof. Mierzejewski.

Seit der Anwendung des Thermometers bei Geisteskranken haben viele Beobachter den im Verlaufe der Krankheit ohne nachweisbaren Grund, ohne besonders ernste Complicationen auftretenden niedrigen Temperaturen eine besondere Beachtung zukommen lassen, trotzdem ist bis hierzu weder die Ursache noch die Bedeutung dieser Erscheinung klar gestellt. Loewenhardt [1] lenkte zuerst durch die Veröffentlichung von 4 Fällen acuter Manie mit auffallend niedriger Temperatur die Aufmerksamkeit der Psychiater auf dieses Factum; in einem dieser Fälle hielt sich die Temperatur während einiger Wochen vor dem Tode zwischen 25° und 35° C., in den letzten Tagen aber zwischen 25°, 31° und 35°. Im zweiten Falle betrug die Temperatur gegen Abend vor dem Todestage 30,8° und 29,5°, im dritten Falle wurden 3 Tage vor dem lethalen Ende 23,75° bis 31°,5 gemessen, im vierten Falle endlich zeigte der Kranke in den letzten 2 Tagen vor dem Tode 28°—30,8°; — alle Messungen wurden in recto gemacht. Bei dieser niedrigen Körperwärme waren die Kranken nicht collabirt, sondern im Gegentheil aufgeregt; so konnte ein Kranker bei einer Temperatur von 31,2° bis 32,5° eine Cigarre rauchen und «Du, du liegst mir am Herzen» singen. Nach Loewenhardt sind einige ähnliche Beobachtungen bei anderen Formen psychischer Erkrankung veröffentlicht worden, so zwei Fälle von Ulrich [1] bei progressiver Paralyse und Melancholia passiva. Im ersten Falle schwankte die Temperatur während der 12 letzten Lebenstage zwischen 33,1° und 35,8°, 2 Tage vor dem Tode stieg sie Abends auf 36,5°, um vor dem Ende auf 33,4° zu fallen; im zweiten Falle fiel die Temperatur 2 Tage vor dem Tode auf 30,0° und dann auf 28,6.° Später veröffentlichte Tiling [2] 4 Fälle psychischer Störungen mit äusserst niedrigen Temperaturen. In einem Falle von Stupor sank die Achseltemperatur bis auf 27,5° und 25,3°, in einem Falle von Grössenwahnsinn 2 Tage vor dem Tode auf 32,0° in recto, kurz vor dem Tode fiel sie auf 29,5°; im dritten Falle von allgemeiner Parese betrug die Temperatur 2 Tage vor dem Tode 28,5°, kurz vor diesem 25,4°, im vierten Falle von progressiver Paralyse zeigte das Thermometer in den letzten 10 Lebenstagen ein allmäliges Sinken der Temperatur von 37,0° auf 27,7°. Zu derselben Kategorie gehören die 5, vor Kurzem von Zenker [3] veröffentlichten Fälle, in welchen bei Geisteskranken sehr niedrige Temperaturen (in einem Falle 30,0°) auftraten. Schüle [4] publicirte einen Fall von Melancholie mit Symptomen der Bulbärparalyse, in welchem kurz vor dem Tode die Temperatur 33,4°, am Todestage selbst 33,7° betrug. Kraemer [5] führt unter seinen zahlreichen Beobachtungen über progressive Paralyse 3 Fälle mit ausnehmend niedrigen Temperaturen an (Beob. XIV, XVII und XVIII). Endlich hat Wirsch [6]

[1] Loewenhardt (von Sachsenburg): Ueber eine Form von Manie mit tiefer Temperatursenkung. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXV, pag. 685—729.

[1] Ulrich. Ueber subnormale Körperwärme mit Zugrundelegung zweier Fälle. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXXI, 1869 pag. 761.

[2] Tiling. Ueber das Vorkommen niedriger Körpertemperaturen bei Geisteskrankheiten. St. Petersburger medic. Wochenschr. 1876, №№ 25 und 26.

[3] Zenker. Ueber die tiefe Temperatur und den Wärmeschutz bei Geisteskranken. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXXIII. Hft. 1879.

[4] Schüle. ibidem Bd. XXXV, 1878, pag. 432.

[5] Kraemer. Temperaturbeobachtungen bei paralytischen Geisteskranken. Ibidem Bd. XXXVI 1880, Hft. 2 und 3, pag. 137.

[6] Wirsch. Die Körpertemperatur in der progressiven Paralyse der Irren. J. D. Berlin 1881, Centralbl. f. Nervenheilkunde 1881 № 5.

vor Kurzem auf die bei Paralytikern vorkommenden niedrigen Körpertemperaturen hingewiesen.

Trotzdem dass ich seit mehreren Jahren Temperaturmessungen an Geisteskranken anstelle, habe ich nur 3 Beobachtungen machen können, in welchen die Körpertemperatur eine äusserst niedrige war; ich will hier diese 3 Fälle in extenso mittheilen.

Fall 1. Dementia senilis. 53-jährige Wittwe Helene W., deren eine Nichte zeitweilig irrsinnig war, sonst aber keine erhebliche Belastung zeigt. Die Kranke hat von der Kindheit an ein nervöses, leicht erregbares Temperament und schwächliche Gesundheit, hat 3 Mal normal geboren. Vor 15 Jahren fiel die Kranke von der Droschke, schlug dabei mit dem Kopfe auf das Pflaster, verlor aber nicht das Bewusstsein, im November 1878 machte sie eine Lungenentzündung durch und zeigte bald nach Ablauf dieser die ersten Symptome von Geistesstörung. Ihr Sohn theilte mit, dass seine Mutter sehr reizbar wurde, oft ohne hinreichende Ursache weinte, und hypochondrische Wahnideen zeigte, so dass sie beispielsweise ein Mal am Furor uterinus, ein anderes Mal an einem unheilbaren Herzübel zu leiden vorgab. Zuweilen traten auch Sinnestäuschungen auf, die Kranke erkannte ihre Bekannten nicht und verwechselte Personen mit einander, dann änderte sich gleichzeitig ihr Benehmen ihrer Familie gegenüber, sie warf ihrem Sohne Abneigung gegen sich vor und erfand zur Begründung dieser Ansicht ganze Erzählungen u. s. w. In diesem Zustande lebte sie bei ihrem Sohne bis zum Februar 1879, und zog im Frühling auf den Rath eines Arztes nach Jalta. Anfangs verschwanden alle vorhandenen Geistesstörungen bei der W., welche wiederum an der Unterhaltung und der Wirthschaft Theil nahm. Im Juli aber verschlimmerte sich der Zustand, sie wurde theilnahmloser, vermied Gesellschaft, suchte die Einsamkeit auf und sass meist schweigend und nachdenklich still; Appetit und Schlaf wurden schlecht. Bald darauf stiess die W. Drohungen aus, versprach das ganze Haus anzuzünden, «wen es sich gehört», zu ermorden und verliess oft das Haus; 14 Tage später verweigerte sie die Nahrungsaufnahme, wesshalb sie durch die Magensonde künstlich gefüttert werden musste.

Status praesens. Mittlerer Wuchs, mässige Körperconstitution, ansehnliche Abmagerung, Haut blass, mit einem Stiche in's Gelbliche, Fettpolster sehr wenig entwickelt, Zunge trocken, braun belegt. Die Muskulatur schlaff und dünn, die Backenknochen der Abmagerung wegen stark hervortretend. Die Augäpfel eingesunken, der Unterkiefer wegen Zahnmangels nach oben, das Kinn nach vorne gezogen. Das Gesicht voller Runzeln, das Haupthaar stark ergraut, die Kranke erscheint überhaupt älter, als sie es wirklich ist.

Dämpfung des Percussionstons über beiden Lungenspitzen, ober- und unterhalb beider Schlüsselbeine Bronchialathmen und weit verbreitetes Rasseln; Husten tritt zeitweilig auf, ist aber schwach und tonlos und fördert jedes Mal eine geringe Menge eitrig-schleimiger Sputa zu Tage. Puls schwach, 60, Stuhl und Harn gehen unfreiwillig ab.

Die Kranke liegt fortwährend im Bette vollkommen apathisch und wunschlos mit geschlossenen Augen, stöhnt bei jeder Untersuchung, antwortet auf Fragen kurz und unwillig, bei eingehenderem Ausfragen wendet sie sich ab und schweigt hartnäckig, zuweilen antwortet sie mit Scheltworten, leugnet die Anwesenheit des Arztes ab u. s. w. Das Gedächtniss für das Gegenwärtige ist sehr abgeschwächt, sie vergisst, dass sie vor 2—3 Stunden gegessen und um etwas gebeten habe; sie nimmt nur flüssige und halbflüssige Speisen zu sich, wie Bouillon, Milch, Kissel, Grütze mit wenig Brod, speit sie aber häufig unter dem Vorwande aus, dass Alles faul und schlecht schmecke, behauptet zuweilen, dass man sie durch Beimengung verschiedener Substanzen vergiften wolle u. s. w.

Der Zustand der Kranken veränderte sich während ihres Aufenthalts in der Klinik nicht; ich hebe hier nur die gegen das Ende der Krankheit gemachten Beobachtungen hervor. Schon Ende December 1879 klagte die Kranke wiederum darüber, dass man sie verfolge und vergiften wolle, am 28. December Abends wurde zum ersten Male eine Temperaturerniedrigung auf 34,4° constatirt, am 29. Morgens ging die Temperatur auf 33,0° herunter, am Mittag betrug sie 31,6° in recto. Das Bewusstsein war dabei vollkommen erhalten, sie warf dem sie besuchenden Sohne allerlei Intriguen gegen sie vor, verweigerte die Annahme mitgebrachter Leckerbissen, schalt ihn kräftig mit unanständigen Ausdrücken, ohne indess den Grund ihrer Unzufriedenheit anzugeben und verlangte schliesslich seine Entfernung. Der Kräftezustand der Kranken war noch ein derartiger, dass sie sich selbst aufrichten und der Untersuchung Widerstand leisten konnte. Sie hustet selten, expectorirt aber dann eine Menge stinkender, schleimig-eitriger Sputa. Die frühere percutorische Dämpfung unter den Schlüsselbeinen besteht fort, im dritten linken Intercostalraum constatirt man ein bruit du pot fêlé und amphorisches Athmen, unter dem linken Schlüsselbein und der linken Scapulargegend Bronchialathmen, in den übrigen Lungenabschnitten weit verbreitetet Rasseln. Puls schwach, 78. T. in recto den 29. December A. 32,5°, am 30. M. 34,8°, A. 35,6°, in den folgenden Tagen steigt die Temperatur auf 36,0° und 36,5° und nur ein Mal am 2. Januar 1880 erreichte das Thermometer in der Achse 36,2°, im Rectum 37,2°. Hierauf sinkt wiederum die Temperatur auf längere. Zeit, 5. Januar M. 35,0° (Rectum). 34,7° (Achsel), A. 34,9°—34,5°, in den nächsten 3 Tagen schwankte die Achseltemperatur zwischen 34,4° und 36,0°. Die Messungen im Rectum ergaben für diese Periode: 6. Januar M. 34,9°—A. 34,5°, 7. Januar M. 34,5°, A. 35,9°, 8. Januar M. 34,7°, A. 36,9°, am 9. Januar MT. 34,8° in recto und 34,4° in axilla, AT. 34,8°—33,9°, 10. Januar MT. 34,6°—33,8,° AT. 34,2°—33,8°, 11. Januar MT. 33,7° bis 33,5°, AT. 33,5°—33,3°. Der Allgemeinzustand der Kranken blieb während dieser. Periode unverändert, Harn und Stuhl wurden regelmässig, aber in's Bett entleert, die Veränderungen in den Lungen blieben dieselben. Am 12. Januar trat ein allgemeiner Schwächezustand bei der Kranken auf, welche mit geschlossenen Augen liegend, jede Antwort verweigerte, wohl aber der Untersuchung sich durch Geschrei und Abwehrbewegungen widersetzte, dabei keine Nahrung zu sich nehmen wollte. MT. 35,0° in recto, 32,7° in axilla, Puls 80, schwach, Abends trat wiederum ein starker Temperaturabfall ein, 34,5° in recto und 31,1° in axilla. Am 13. Januar verlangt die Kranke selbst nach Milch und genoss etwas Bouillon, liegt, so wie früher, mit geschlossenen Augen da, von Zeit zu Zeit tief aufathmend,

der Puls kaum zu fühlen, 84. MT. in recto 30°,1, in axilla 29,8°, AT. 29,5°—27,5°. Am 14. Januar fiel die Kranke beim Versuche, sich aufzurichten, in Ohnmacht; nachdem sie sich davon erholt, trank sie eine Tasse Bouillon und ein Glas Milch; MT. in recto 27,5°, in axilla 29,7°, AT. unter 26°; diese Zahl konnte nicht genauer bestimmt werden, weil die Scala des zur Messung benutzten Thermometers nur bis 26° reichte. Der Tod trat am Morgen des 15. Januars ein.

Section der inneren Organe. Herz etwas vergrössert, seine Wände verdünnt, die Muskulatur schlaff, leicht braun, die Mitralis weisslich, verdickt, das Endocardium in der Nähe der Aorta auch etwas verdickt, die Klappen in Ordnung; auf der Intima der Aorta befinden sich sclerotische Verdickungen. Die linke *Lunge* ist an ihrem vorderen Rande emphysematös und mit der Brustwand durch alte Adhäsionen verwachsen, wobei auch die Spitze mit betheiligt ist, auf der Pleura finden sich frische Trübungen mit fibrinösem Anfluge, in der Lungenspitze liegen wallnussgrosse schiefergraue feste Knoten, einige benachbarte Bronchien sind erweitert, im Unterlappen sieht man blassgelbe miliare Knötchen. Die *rechte Lunge* ist gleichfalls an ihren vorderen Rändern emphysematös und an einigen Stellen mit der Brustwand verwachsen, in ihrem Parenchym trifft man auf dunkle Verdichtungen und fast wallnussgrosse mürbe Herde von grauer und rother Hepatisation, die Bronchien sind stellweise erweitert. Die *Leber* etwas verkleinert, auf dem Durchschnitte braungrau, die Läppchen scharf contourirt. Die *Milz* kleiner als normal, ihre Substanz welk, geschrumpft, anämisch. Beide *Nieren* klein und fest, die Kapsel schwer abzuziehen, in der Corticalsubstanz der linken Niere befindet sich eine erbsengrosse seröse Cyste. In der *Harnblase* besteht eine unbedeutende venöse Injection der Schleimhaut.

Gehirn. Auf der Oberfläche macht sich überall eine venöse Injection bemerkbar, die Pia ist ödematös, leicht zerreisslich, kann gut vom Gehirn abgezogen werden, an beiden Hemisphären sind längs dem Sulcus longitudinalis schwach entwickelte pacchionische Granulationen bemerkbar. Das Gehirn zeigt sich beim Durchschneiden etwas fester, als normal, ist ödematös und anämisch, die Plexus choroidei körnig, die Gefässe an der Basis unverändert, die grossen Ganglien, die Hirnschenkel, die Brücke, sowie auch das verlängerte Mark erscheinen normal; die Substanz des Kleinhirns fühlt sich etwas fester, als gewöhnlich an. Das Rückenmark ist auf Durchschnitten welk und blass und in seiner ganzen Ausdehnung normal. Das Mikroskop ergab in der grauen Substanz der Hirnrinde eine reichliche Entwickelung von Spinnenzellen, eine Verdickung der Gefässwände mit Vermehrung ihrer Kerne und eine bedeutende Atrophie der Ganglienzellen, wobei besonders im Gebiete der Centralwindungen und den Vorderhörnern des Rückenmarks fettig-körnige Metamorphose der Zellen constatirt werden konnte.

Fall II. Paralysis generalis progressiva. B., 40-jähriger Offizier hat in den letzten Jahren viel, zuweilen übermässig getrunken, zeigte die ersten Symptome psychischer Störung im Juli 1876 — abnorme Zerstreutheit, zuweilen ungewöhnliche Heiterkeit ohne ersichtliche Ursache, welche rasch von einer trüben Stimmung und vollkommner Schweigsamkeit gefolgt wurde. Alle diese Sonderbarkeiten verschlimmerten sich im August 1876, zugleich traten aber auch Schlaflosigkeit und den Gefährten des Kranken sehr auffälliger Mangel an Zusammenhang in der Rede ein.

Status präsens. Der Kranke, von mittlerem Wuchse, zeigt gute Körperconstitution und Ernährung; das rechte Auge bedeutend nach rechts abgelenkt. Die linke Pupille ist oval und breiter als die rechte, die linke Gesichtshälfte ist flacher als die rechte und nimmt einen nur geringen Antheil am Minenspiel; die Erregbarkeit der linkseitigen Gesichtsmuskeln durch den inducirten und constanten Strom ist hier normal. Die Zunge zittert stark und zeigt an ihrer Oberfläche fibrilläre Zuckungen, der Gang ist unsicher und schwankend, doch sind keine Zeichen einer Parese der Extremitäten vorhanden.

Im Januar 1878 verschlimmerte sich der Körperzustand, der Kranke kann ohne Unterstützung nicht gehen, es tritt zeitweilig Harnverhaltung ein. Zugleich wurde auch die Geistesstörung ärger, die Ideen sehr wenig zusammenhängend, der Kranke konnte den Werth seiner Kostbarkeiten in Zahlen nicht angeben, sondern ersetzte sie durch willkürlich von ihm ersonnene Bezeichnungen, z. B. «ich besitze allergrösste Billionen Goldes», oder «eine unabsehbare Masse Diamanten» etc.

Im Januar 1879 trat zum ersten Male ohne irgend eine complicirende Ursache von Seiten innerer Organe eine progressive Abmagerung des Körpers auf, bald darauf erschienen Anfälle von Schwindel und leichte, plötzlich auftretende epileptiforme Insulte. Der Kranke fängt plötzlich an zu schwanken, die Sprache verwirrt sich, das Bewusstsein auf einen Augenblick; darauf fällt Patient zu Boden und schläft 1—2 Stunden sehr fest. Im Februar waren 3 solcher Anfälle, welchen eine von Tag zu Tag sich steigernde, zuweilen mit Wüthen verbundene Aufgeregtheit voranging; diese legte sich nach Ablauf des Anfalls und der Kranke wurde vollkommen ruhig.

Mit dem Auftreten der epileptiformen Anfälle verschlimmerte sich der geistige sowohl, wie auch der körperliche Zustand des Kranken rasch, von seinen früheren Grössenwahnideen waren nur die Namen und die grossen Zahlen übrig geblieben, der Kranke erwähnte völlig zusammenhanglos der Brillianten und Millionen, der Goldberge, der prachtvollen Schlösser u. s. w. Gleichzeitig verschlimmerten sich auch die paralytischen Symptome, die Sprache wurde sehr erschwert, das Gesicht ganz nach rechts verzogen und die linke Nasolabialfalte ganz verstrichen; dazu trat eine Verkrümmung des Rumpfes und eine Scoliose des Rückgrats mit der Convexität nach links. Der Gang wurde viel schwankender, als früher, das linke Bein wurde dabei nachgeschleppt.

Vom 4. März an trat ein leichter durch Schlaflosigkeit und zeitweiliges ungebührliches Schreien und Weinen gekennzeichneter Erregungszustand auf, welcher am 6. März Abends durch einen epileptiformen Anfall abgeschlossen wurde. Am folgenden Tage erschien der Kranke schlaff, schweigsam und hütete das Bett, obgleich er im Stande war, aufzustehen und zu gehen, am Abend hatte er einen leicht bluthaltigen Stuhl; die physikalische Untersuchung ergab weit verbreitete feuchte Rasselgeräusche in den Lungen und einen etwas aufgetriebenen Leib, der Puls war verlangsamt,

50—60 Schläge in der Minute, sonst wurde nichts Abnormes gefunden. Während der folgenden Wochen war keine besondere Veränderung im Befinden des Kranken zu bemerken, täglich hatte er 1—2, etwas mit Blut gemischte Stühle, lag mit Vorliebe im Bette, klagte über ein Gefühl innerlicher Hitze, «das Innere brenne ihm» und verlangte nach kaltem Wasser, der Puls schwankte zwischen 60—80. Indessen wurde vom 12. März an ein progressives Sinken der inneren Körperwärme constatirt, am 13. März Abends im Rectum 34,7°, am 14. Morgens 35,5°, am Abend aber Abfall bis zu 33,7°. Am 14. März Morgens 34,0°, Abends 33,8°, am 15. Morg. 33,7°, Ab. 33,0°, am 16. Morg. 32,7°, Ab. 32,6°. Am Morgen des 17. März fühlte sich der Körper des Kranken kalt an, es zeigte sich Gänsehaut und Cyanose der Extremitäten, ohne das eine genaue Untersuchung der inneren Organe irgend welche deutliche krankhafte Erscheinung nachweisen konnte, nur in den Lungen war feuchtes Rasseln so wie früher zu hören, der Puls ist schwach, 64, MT. 32,2°, AT. 31,8°, der Harn reagirt alkalisch, enthält weder Zucker noch Eiweiss. Das Allgemeinbefinden des Kranken ist so befriedigend, dass eine Demonstration vor den Studenten während der Vorlesung vorgenommen werden konnte, der Kranke ging selbst in's Auditorium ohne fermde Hülfe und theilte den Zuhörern mit, dass seine Adjutanten ihn mit glühendem Eisen brennen, dass er durch ihre perfiden Streiche beinahe gestorben wäre, dass er aber alle werde aufhängen lassen. Am Morgen des 18. März blieb der Zustand unverändert. Der Kranke konnte im Zimmer umhergehen, rauchen, mit dem Arzte sich frei unterhalten, wobei er diesem versicherte, er sei durch eine besondere Substanz, welche ihm die Eingeweide verbrenne und bald den Tod bringen würde, vergiftet worden; die Kälte und die Gänsehaut der Körperoberfläche bestanden in demselben Grade, wie früher fort. MT. 31,8°, Puls klein und leicht zu unterdrücken, 58, im körperlichen Befinden keine besonderen Veränderungen zu notiren; am Abend desselben Tages traten um ½8 Uhr allgemeine Convulsionen auf, welchen ein tiefes Coma folgte; die Körpertemperatur betrug um 9 Uhr Abends 32,7°, um 2 Uhr Nachts erfolgte der Tod.

Obduction der inneren Organe. Die Wände des *linken Ventrikels* sind verdickt, das Lumen desselben etwas verkleinert, die Mitralis ein wenig verdickt, auf der Intima der *Aorta* sind kleine sclerotische Plaques zu sehen. Die *rechte Lunge* ist an ihrer Spitze durch Pseudomembranen mit der Brustwand verwachsen, ihr unterer Lappen erscheint in seinem hinteren Abschnitte ödematös, das Gewebe ist überall für Luft durchgängig. Die *Leber* ist etwas fester, als normal und anämisch, die *Milzkapsel* an ihrer Oberfläche getrübt und von einer geringen Menge hirseförmiger Tuberkel besäet, die Pulpa auf dem Durchschnitt ziemlich fest. Auf der Oberfläche beider *Nieren* machen sich sternförmige Narben neben hirseartigen Tuberkeln bemerkbar, die Kapseln lassen sich sicher abziehen, die Rindensubstanz ist schmäler, als gewöhnlich, die Nierenbecken erweitert, ihre Schleimhaut hyperämisch, die Spitzen der Pyramiden in hohem Grade atrophirt.

Obduction des Gehirns. Mässige Entwickelung pacchionischer Granulationen längs der Fissura longitudinalis der Dura mater, welche in ihrem Gewebe entsprechend der 2. linken Stirnwindung eine erbsengrosse knöcherne Geschwulst birgt; der Sinus falciformis superior ist stark ausgedehnt. Die Pia ist hyperämisch und in ihrer ganzen Ausbreitung über den Hemisphären, besonders aber stark über den Stirn- und Scheitellappen und dem Bezirk der sylvischen Furche, auch theilweise über den Schläfelappen getrübt; an den am stärksten getrübten Stellen ist sie mit den Windungen so stark verwachsen, dass sie nur mit Zerreissung der Gehirnsubstanz abgezogen werden konnte; die Furchen zwischen den Windungen der Stirn- und Scheitellappen sind durch seröse Flüssigkeit ausgedehnt. Die Gefässe an der Hirnbasis sind mit Ausnahme einer geringen Sclerosirung der Art. fossae Sylvii gesund. Die graue Rindensubstanz ist an vielen Stellen, besonders aber in den Scheitellappen hyperämisch, schmäler als normal und überall ist der weisse, unter dem Namen des Vic d'Azyr'schen Bandes bekannte Streifen sichtbar. Die Ventrikel sehr ausgedehnt und mit seröser Flüssigkeit erfüllt, das Lumen des Aquaeductus Sylvii breiter, als normal, der Boden des 4. Ventrikels mit Granulationen bedeckt und stellweise stark injicirt. Beide Sehnerven sind atrophisch, aber in verschiedenem Grade, der linke ist normal dick, aber bandförmig flach, der rechte in allen Durchmessern verkleinert und wenigstens zwei Mal schmäler als der linke. Hinter dem Chiasma findet ein umgekehrtes Verhältniss statt, hier ist der linke Tractus opticus bedeutend schmäler, als der rechte. Die Corpp. geniculata externa, sowie die vorderen Vierhügel bieten dem unbewaffneten Auge nichts Abnormes dar, die übrigen Theile des Gehirns sind normal.

Die mikroskopische Untersuchung des Gehirngewebes ergab eine Wucherung der Neurogliaelemente, starke Entwickelung sternförmiger Zellen und fettig-körnige Entartung der ganglïosen Elemente. Die Gefässwände waren überall verdickt und zeigten Vermehrung ihrer Kerne.

Im Rückenmarke fand sich fettig-körnige Entartung der Ganglienzellen in der grauen Substanz, Entwickelung von Sternzellen in der ganzen weissen Substanz und Atrophie einiger Myelinfasern in den Seitensträngen.

(Schluss folgt).

Referate.

J. Brillant: Ueber die toxische Wirkung des Phosphor und Phosphorwasserstoffes auf den thierischen Organismus. (Diss. russ. Petersburg, 1881.)

Die vorliegende Arbeit ist unter der Leitung des Prof. Böhm im Dorpater pharmakologischen Institut unternommen und hat folgende Resultate ergeben:

I. Versuche an Fröschen:

a) *mit Phosphor*. Die Nervencentren im Rückenmark werden ohne vorhergehendes Erregungsstadium gelähmt und zwar früher als die der Herzmusculatur. Die Erregbarkeit der peripheren Nerven verändert sich nicht.

b) *mit Phosphorwasserstoff*. Derselbe Erfolg, das Blut ist dunkel, das Oxyhämoglobin jedoch nicht zerstört.

II. Versuche an Warmblütern:

mit Phosphor. Ausser den bekannten Vergiftungserscheinungen, gelang es Verf. noch nachzuweisen, dass der Blutdruck stetig bis zum Tode fällt; dasselbe ergaben auch die Versuche mit Phosphorwasserstoff.

Verf. kommt zum Schluss, dass der Phosphor durch Entwickelung von PH_3 toxisch wirkt und letzteres nicht durch Aufnahme von Sauerstoff aus dem Blut tödtet, sondern als Nervengift wirkt. P.

Zander: Zur Lehre von der Aetiologie, Pathogenie und Therapie der Chlorose. (Virchow's Archiv 1881, Bd. 84. S. 177—182.)

Durch ein vorwiegend theoretisches Raisonnement (denn die mitgetheilten Versuche sind zu wenig exact, um als Begründung gelten

zu können) kommt Z. zu der Meinung, die Chlorose beruhe nicht darauf, dass dem Verdauungscanal mit der Nahrung zu wenig Eisen zugeführt werde, sondern vielmehr auf der in dieser Krankheit mangelhaften Resorption des Eisens und auch der Albuminate. Diese aber sei die Folge der mangelhaften Bildung der natürlichen Verdauungssäfte, des Pepsins und der Salzsäure, besonders letzterer als derjenigen Substanz, die geeignet ist, das Eisen in Lösung zur Resorption zu bringen. Die Therapie der Chlorose wird sich daher, abgesehen von der Beseitigung aller schwächenden Einflüsse, nach Verf. dahin richten müssen, dem Verdauungscanal die mangelnde Salzsäure (event. in schwereren Fällen auch Pepsin) zuzuführen. Verf. giebt mit bestem Erfolg, wie er sagt, anstatt der Eisenpräparate die Salzsäure zu 2,0—4,0 Grm. auf 200 Grm. Wasser, 1/4 Stunde nach dem Essen 1—2 Esslöffel voll; bei hochgradiger Bleichsucht noch Pepsin 0,25 Grm. pro dosi ebenfalls 4 Mal täglich zur selben Zeit zu nehmen. Meist liess Verf. dabei die Patienten bei ihrer gewohnten Beschäftigung und Lebensweise. Recidive kommen zwar bei dieser Behandlungsweise auch vor, werden aber durch vorsichtiges, ruhiges Verhalten (bei der Menstruation) und durch den Gebrauch der Salzsäure leicht wieder gehoben. Au.

Gottstein: Ueber den Werth der Inhalationen medicamentöser Stoffe (Bresl. ärztl. Ztschrft. № 8. 1881.)

Vf. spricht sich entschieden gegen die Anwendung von Inhalat. medicament. Stoffe aus, ausgenommen in gewissen später zu erwähnenden Fällen. Vor allem sprechen gegen dieselben die Mikulisz'schen Versuche, nach denen das Mengenverhältniss zwischen Wasserdampf und zerstäubter Flüssigkeit sehr variabel ist und nicht nur bei den verschiedenen Apparaten, sondern auch nach der Intensität des Dampfstromes und nach der Entfernung vom Dampfapparat schwankt. Eine genaue Dosirung ist also nicht möglich.

Ein fernerer Uebelstand ist der, dass man das anzuwendende Medicament nicht auf die wirklich erkrankten Partien localisiren kann.

Auch unter den Anhängern der Inhalationstherapie sprechen sich die meisten (so Fränkel, Ziemssen, Wendt, Störck, Körte, etc.) sehr reservirt aus. Wenn Körte von Inhalationen Erfolge gesehen hat, so schreibt er sie haupsächl. der Wirkung der warmen Wasserdämpfe zu. Das ist auch Vf.'s Ansicht, die Inhalat. in pharmakodynam. Richtung sind einflusslos, mit Ausnahme von Chlornatrium und Chlorkali.

Vf. will die Inhal. demnach angewandt wissen nur

1. bei Fällen acuter Laryngitis u. Bronchitis mit spärlichem Secret (nur zur Erleichterung; Abkürzung hat Vf. nie beobachtet),
2. bei Laryngitis, wo das wasserarme Secret Neigung zum Eintrocknen und zur Borkenbildung hat,
3. in allen Fällen von Larynx, Tracheal-und Bronchialerkrankungen, bei denen das Secret vom Kranken nur schwer herausbefördert wird.

Zu verwerfen sind jedenfalls Inhalat., wo man mit Schwamm, Pinsel etc. ankommt.

Zum Schluss berührt Vf. noch mit kurzen Worten die Einathmung flüchtiger Stoffe.

Obige Auseinandersetzungen sind die Erfahrungen einer 20jährigen Specialpraxis. Hlm.

Heller: Epidemische Orchitis. (Berl. kl. W. 1880. № 38.)

H. hat im ersten Quartal 1876 unter der Danziger Garnison eine Mumps-Epidemie beobachtet, bei welcher häufig Orchitis vorkam und zwar sowohl mit gleichzeitiger Parotitis, als auch *nach* einer solchen u. endlich ganz *ohne* dieselben. Von den 16 Patienten der letzten Kategorie bezogen 7 ihr Leiden auf eine vorhergegangene Quetschung (nach H. irrthümlich), während 9 gar keine Ursache angeben konnten.

Bei der epidemischen Orchitis betrifft die Schwellung nur die Hoden, der Nebenhode ist normal; der Schmerz ist nicht bedeutend, Fieber ist oft sehr heftig, bisweilen fehlt es, der Verlauf ist gutartig, nach 4—5 Tagen schwindet der Schmerz, nach weiteren 4—5 Tagen die Schwellung, bei indifferenter Behandlung. Meist wird der afficirte Hode später atrophisch. —o—

A. Bergmann: Zur Cylindromfrage. (Dorpat. Inaugural-Dissertation. 1881.)

Die Arbeit giebt eine Uebersicht über die bisherigen Leistungen in dieser Frage und analysirt dann an der Hand eigener mikroskopischer Untersuchungen eine Geschwulst, welche auf der Dorpater chirurgischen Universitätsklinik einem 45 j. Bauer vom Oberkiefer und aus der Nasenhöhle exstirpirt wurde. Dieselbe bestand zu einem Theil aus mehren Drüsen i. e. Adenomgewebe und enthielt inmitten dieser Drüsenschläuche Gefässe mit dem ausgesprochenen Charakter der Endarteritis obliterans.

Zum anderen Theil fanden sich in der Geschwulst aufs mannigfachste durchflochtene und von einer schwer definirbaren Hülle umgebene Zellstränge, in deren Maschenwerk die bekannten homogenen hyalinen Massen des Cylindroms steckten.

Verf. sucht weder dem Wesen dieser Massen und der sie umgebenden Zellstränge noch der Frage näher zu treten, ob die hyaline Metamorphose nur eine Degeneration eigener Art innerhalb eines Tumors darstellt, der ursprünglich ein rein adenomatöser war. Au.

B. v. Langenbeck: Ueber Tripolithverbände. (B. kl. W. 1880. № 46.)

Das Tripolith ist eine Erfindung des Herrn B. von Schenk in Heidelberg, stellt ein graues Pulver dar, das feiner und weicher ist als Gyps und aus Calcium, Silicium und kleinen Mengen von Eisenoxydul besteht, — seine Fabrication ist nicht bekannt. L. hat dasselbe vielfach anstatt Gyps und ganz in derselben Weise wie diesen zu Verbänden benutzt, nur dürfen die Binden nicht zu lange in Wasser liegen, der Brei nicht zu dünn sein. Die Vorzüge des Tripolith sind folgende:

1. Tripolith zieht weniger leicht Feuchtigkeit aus der Luft an,
2. die Tripolith-Verbände sind leichter als Gypsverbände,
3. sie erhärten schneller — in 3—5 Minuten,
4. sie nehmen, erhärtet und trocken, — kein Wasser mehr auf. Wenn man durch Gummibinden das Eindringen von Wasser unter die Verbandränder verhindert, kann man baden lassen.
5. Tripolith ist etwas billiger als Gyps. —o—

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Prof. E. Hueter: Grundriss der Chirurgie. I. Hälfte. Allgemeiner Theil. Verletzung und Entzündung. Wund- und Eiterfieber. Geschwulstbildung. Operations- und Instrumentenlehre. Verband- und Apparatenlehre. Mit 176 Abbildungen. Leipzig. Verlag von F. C. W. Vogel. 1880.

Wer die allgemeine Chirurgie von Hueter, die vor acht Jahren erschien, gelesen hat, wird das vorliegende Werk gewiss mit gespanntem Interesse in die Hand nehmen, aber auch mit gesteigerter Zweifelsucht dem Inhalt entgegentreten. So geistreich und bestrikkend die klare und fertig formulirte Lehre von der Genese der Entzündung des Fiebers und der Wundkrankheiten auch war, so konnte sie damals doch kaum Anspruch darauf machen, als ein schon sicheres Lehrgebäude betrachtet zu werden, sondern mehr als eine geistreiche Speculation, die der festen Stützen noch sehr bedürftig war. Seit den acht Jahren ist unendlich viel in den gen. Fragen gearbeitet und sehr viel erreicht worden und doch möchte es Referent scheinen, dass auch in dem vorliegenden Werke manche Lehre zu bestechend klar gegeben ist. Muss doch Verf. selbst lebhaft bedauern (Seite 201.), dass er kaum einen Mitarbeiter gefunden hat auf dem Gebiete der Kreislaufsstörungen durch septische Infection, so weit sie beim lebenden Warmblüter an der Palpebra tertia und am lebenden Menschen durch Cheiloangioskopie wahrgenommen werden können. Verf. beobachtet nämlich am inficirten Frosch, dass vom Herd der septischen Entzündung eine Vermehrung der weissen Blutkörperchen im strömenden Blut eintritt und dass diese weissen Blutkörperchen die Neigung besitzen an der Innenwand der kleinen Gefässe haften zu bleiben, sei es dadurch, dass sie zu Eiterkörperchen werden, d. h. Mikrokokken im Entzündungsherd aufnehmen, oder dass sie von hier eine Art Klebestoff mitbringen. Dieses Haften führt bei intacter Gefässwand zu einem Stillstand des Blutstroms in vielen Bezirken. Wäre nun derart circa die Hälfte der Capillaren aus dem lebendigen Kreislauf ausgeschaltet, so würde beispielsweise nur eine halbe Menge strömenden Blutes seine Wärme von den Hautcapillaren an die Luft abgeben, was einer Aufspeicherung von Wärme im Körper gleich kommen müsste, also nach Traube Erhöhung der gesammten Körpertemperatur durch verminderte Wärmeabgabe. Bei demselben Vorgange entstände durch die Hindernisse in den verstopften Capillaren eine Druckerhöhung in den kleinen Arterien, welcher ein vermehrtes Zuströmen von Ernährungssaft in die Saftbahnen entsprechen könnte. Es wäre also neben verminderter Wärmeabgabe auch eine vermehrte Wärmeproduction keineswegs ausgeschlossen.

Wir führten diesen Passus fast wortgetreu an, um nur ein Bild davon zu geben, wie sich in dem vorliegenden Buch oft Theorie an Theorie mit stets logischen Bindegliedern zu einem stattlichen Lehrgebäude schliesst, das vielfache Fernblicke in die Nosologie erlaubt, aber auch auf gar zu labilen Stützen ruht.

In Allgemeinen muss das Buch doch warm empfohlen werden, denn abgesehen von dem interessanten theoretischen Theil ist der praktische Theil so sorgfältig und anziehend verfasst, dass es sich gewiss viel Freunde erwerben wird. Um so mehr wäre zu bedauern, wenn, wie Anzeigen von dem Werke besagten, die zweite Hälfte, der specielle Theil, keinen grösseren Umfang hätte als der vorliegende. T.

Russische medicinische Literatur.

№ 199. Wratsch. № 32.

Inhalt: a) Dementjew: Ueber Einheilung fremder Körper in Gelenken und Knochen.
b) Bruns: Phosphornekrose der Gesichtsknochen.
c) Jochelson: Grosser (nicht diagnosticirter) Nierenabscess bei praemortaler Temperaturerniedrigung bis auf 30,4 C. in recto.
d) Scherschewski: Larynxaffection bei Ataxie.

№ 200. **Wratschebnija Wedomosti.** № 30.
Inhalt: a) S. Ablezow: Kurzer Sanitätsbericht über die Achal-Teke-Expedition.
b) W. Wassiljew: Ein Fall von Verwachsung der Zungenspitze mit dem harten Gaumen.
c) N. Wischnjakow: Wirkung der Salzsoolbäder in den Salzsiedereien von Totjma und Ledengsk.
№ 201. **Wojenno-Sanitarnoje Djelo.** № 15.
Inhalt: a) P. Sch.: Ueber die Nahrung des Soldaten.
b) Sandrock: Das Hospitalwesen in Kriegszeiten.
№ 202. **Anzeiger der Mineralbäder von Staraja-Russa** № 13.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft practischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 22. October 1880.

1. Dr. Huebner theilt die Methode mit, vermittelst Carbolsäure, Eiweiss im Harn nachzuweisen. Zu einem Theil crystall. Carbolsäure — mindestens ist eine halbe Drachme zu nehmen — giesst man vorsichtig 20 Theile Harn, erwärmt die Flüssigkeit, und findet, selbst wenn nur Spuren von Eiweiss vorhanden, gleich über der durch ihr specifisches Gewicht am tiefsten stehenden Carbolsäure, eine weissliche Trübung in Scheibenform. Um Täuschungen durch Phosphate zu vermeiden, ist auf eine deutlich saure Reaction des Harns zu achten.

2. Dr. Wolferz verliest den angekündigten Vortrag: Ueber Naegeli's Theorie der Infectionskrankheiten. Einleitend berührt Vortragender den jahrelangen Streit in Betreff der Ursache und des Wesens der Infectionskrankheiten, worauf er ausführt, dass die Infectionskrankheiten ihre Erklärung in der Reproduction eines in den Körper von aussen gelangenden niederen organisirten Princips gefunden, welches, pflanzlicher Natur, als zu den niederen Pilzen gehörig angenommen worden ist. Nach Naegeli ist es der Spaltpilz. Vortragender bespricht eingehend die Eigenschaften desselben. — Im Körper lösen die Spaltpilze unter für sie günstigen Bedingungen zur Vermehrung Reactionen aus, die in ihrer Gesammtheit das Bild einer specifischen Infection darstellen. Specifisch ist die Infection, weil derselbe Pilz die gleichen Erscheinungen hervorbringt, nichts desto weniger ist der Pilz aber nicht specifisch, durch Züchtung erhält er aber specifische Anpassung. Durch Culturversuche in verschiedenen Nährflüssigkeiten gelingt es einem bestimmten Pilz andere Eigenschaften anzuzüchten, welche letztere er wiederum durch Umzucht einbüsst. Daraus folgert Naegeli die Lehre von der Möglichkeit spontaner Entstehung aller Infectionskrankheiten. — Vortragender zieht zum Schluss aus der Naegeli'schen Theorie die Folgerung, dass die verschiedenen Infectionskrankheiten, Krankheiten verschiedener Körpersysteme und Gewebe sind, die durch besondere Affinität der specifisch angepassten Pilze zu den einzelnen Systemen und Geweben entstehen, und wendet sich gegen die Lehre von zwei Keimen, indem er nachzuweisen sucht, dass die Genese dieser auch durch einen Keim, nach Pettenkofer, erklärt werden könne, welcher aber erst haftet, nachdem durch ein gasförmiges Bodenmiasma der Körper zur contagiösen Infection vorbereitet worden ist. Auch seien Fälle denkbar, wo der contagiöse Keim nicht nothwendig eine Veränderung ausserhalb des Körpers durchzumachen habe, Fälle in denen wohl angenommen werden kann, dass die im Körper unter normalen Verhältnissen vorhandenen Pilze unter dem Einfluss miasmatischer Disposition contagiöse Eigenschaften erlangen können. Aus diesem Labyrinth aller möglichen Erklärungsweisen gelänge es nur herauszukommen, durch Eintheilung der Infectionskrankheiten nach ihren specifischen Erregern.

In der Discussion wirft Dr. Bochmann die Frage auf, wie denn eine grössere Anzahl Individuen von derselben Organerkrankung befallen werden könne, wenn man den Pilzen keine specifische Einwirkung zuschreiben wolle. Dr. Wolferz meint, man müsse den Keim als schon im Körper steckend annehmen, der Pilz erhalte dann im Individuum durch Accomodation die specifische Eigenschaft, die betreffende Krankheit zu erzeugen. — Dr. Bochmann bespricht die Erkrankung eines Pferdes an Milzbrand; dasselbe hatte neben Heu gelegen, welches im Jahr vorher längere Zeit hindurch unter Wasser gestanden. — Milzbranderkrankungen sind weder vorher noch nachher auf dem Gute vorgekommen. Da es nun Buchner gelungen Milzbrandbacterien in Heubacterien umzuzüchten, so liesse sich in diesem Fall wohl an eine Erzeugung von Milzbrand durch Heubacterien denken. Dr. Worms unterstützt diese Annahme darauf hinweisend, dass, nach einer Veröffentlichung im Bairischen Intelligenzblatt, es gelungen Heubacterien zu züchten, die auf weisse Mäuse verimpft, Milzbrand bei denselben, erzeugten. Ferner erinnert Dr. Worms daran, dass Pasteur das Zustandekommen der Ansteckung durch an Milzbrand gefallene vergrabene Thiere nachgewiesen, indem er an Regenwürmern die Milzbrandbacterien haften gefunden, die durch die Regenwürmer leicht an die Oberfläche geschafft werden.

Sitzung am 19. November 1880.

Dr. Hach legt einen fibrösen Mastdarmpolypen vor, von der Grösse eines Gänseeis, und einen Schleimhautpolypen von Kirschen-Grösse, dem Mastdarm eines 5-jährigen Knaben entstammend. — Der grosse Polyp ist einer 54-jährigen Frau exstirpirt, die seit 2 Jahren Schmerzen im Kreuz hatte und ein Hinderniss bei der Stuhlentleerung im Mastdarm spürte. Referent hatte die Diagnose auf Retroflexio uteri gestellt; bei der zweiten, wegen starker Fettleibigkeit und Spannung der Bauchmuskeln in Chloroformnarkose vorgenommenen Untersuchung, stellte ein College dieselbe Diagnose. Port. vag. nicht umfangreich, das Ost. extern., sieht nach links, die Port. vag. geht in den vermeintlich retroflectirten Gebärmutter-Körper über, letzterer recht derb, leicht vergrössert; nur fällt eine sehr schlanke Pars supravaginalis uteri auf. In der Absicht den Uterus aufzurichten, wird die Sonde eingeführt, die 5 Ctm. eindringt, ohne in den retroflectirten Gebärm.-Körper zu gelangen. Bei combinirter Untersuchung findet sich ein nach rechts liegender decrepider Uterus, welcher frei beweglich, leicht retrovertirt ist. Die Täuschung war dadurch bedingt, dass der Polyp an einem kurzen Stiel, in gleicher Höhe mit der Uebergangsstelle der Pars vagin. in die Pars supravagin. port. vag. von der vorderen Mastdarmwand entsprang und dabei die Gestalt eines Uterus-Körpers hatte. Dr. Hach verliest eine kurze Compilation über Mastdarmpolypen bei Kindern und Erwachsenen.

Internationaler medicinischer Congress in London.

(Nach der Deutschen med. Wochenschrift.)

II.

Am Nachmittage 4½ Uhr fand die 2. allgemeine Versammlung statt, in der Virchow, mit lautem Jubel begrüsst, seinen Vortrag «Ueber den Werth des pathologischen Experimentes» hielt. Es hatte vorher allgemein geheissen, Virchow werde englisch sprechen, und eine kleine Missstimmung hatte sich in Folge dessen in den Kreisen der deutschen Aerzte bemerkbar gemacht. Um so grösser war die Freude, als der Redner seiner Muttersprache sich bediente und zwar mit so prächtigem sonoren Klange der Stimme und solcher Verve im Vortrage, dass schon gleich im Beginne die Zuhörer electrisirt werden mussten.

Er habe, so begann er, schon auf dem vorigen internationalen Congresse, anderen Bestrebungen gegenüber, die grosse Wichtigkeit der Vivisection für die Wissenschaft hervorgehoben. Jetzt sei die Agitation gegen diesen Zweig der Forschung immer weiter fortgeschritten; man sei hier in England nicht mehr zufrieden mit den bestehenden Gesetzen. Auch in Deutschland trete die Agitation in aggressivster Weise auf und verlange Gefängniss und Aberkennung der Ehrenrechte für die Vivisectoren. Andere gehen freilich nicht so weit, die völlige Einstellung der Vivisectionen zu forden, setzen aber als Bedingung Controle durch die Thierschutzvereine.

Diese Bestrebungen sind für die Wissenschaft keineswegs gefahrlos, denn sie haben in manchen Gesellschaftsklassen starke Bundesgenossen. Um so mehr ist es geboten, dass die Vertreter der Wissenschaft ihnen entgegentreten. Die Art der Angriffe ist zweierlei, einmal, die experimentelle Methode sei materialistisch, ja nihilistisch, und andererseits, die Vivisectionen seien ohne Nutzen für die Heilung von Krankheiten. Solche Einwände sind für den nicht neu, der die Geschichte der Medicin kennt. Welche Widerstände hat nicht die Anatomie des Menschen zu bestehen gehabt, welche nun erst die pathologische Anatomie (Angriffe gegen Wepfer). Allmälig gestattete eine Regierung nach der anderen die Anatomie, so dass überall Sectionen gemacht wurden. Und welche Fortschritte in der Medicin wurden nicht im 18. Jahrhundert durch die pathologische Anatomie hervorgerufen! Durch Vesal wurde die alte Humoralpathologie vernichtet, durch die von Bichat inaugurirte Histologie die neuere Humeralpathologie, die Hämatopathologie. Für die Zukunft wird die Anatomie gewiss noch grossen Nutzen haben, allein sie ist nicht der einzige Weg zur Erkenntniss, und wir müssen dagegen ankämpfen, auf ihn allein uns beschränkt zu sehen. Denn bald würde der Feldzug, wenn wir lässig wären, nicht allein gegen die Vivisectionen, sondern auch gegen die Anatomie sich wenden — der Fanatismus kennt keine Grenzen. Mit Gründen lässt sich gar nicht dagegen ankämpfen. Die Homöopathen werden ihre, ohne Anatomie erreichten Erfolge vorhalten, die Skeptiker zu ihnen stehen.

Redner zeigt dann in längerer geschichtlicher Ausführung wie unsere ganze Untersuchung nicht mehr eine symptomatische, sondern eine anatomische ist, und wie die einzelnen Zweige, z. B. Augenheilkunde durch diese anatomische Anschauungsweise gefördert sind, denn die anatomische Methode ist eben die analysirende. Hier ist der Unterschied zwischen der alten und neuen Medicin, letztere hat das Princip der Localisation. Diese Lehre steht im strictem Gegensatze zu der Lehre von der Einheit der Krankheit, die früher und auch besonders dem Redner im Beginne seiner academischen Laufbahn gegenüber scharf betont wurde.

Die Krankheit setzt das Leben voraus, im todten Körper giebt es keine Krankheit. Dieser Gedanke führte zur Anschauung der Krankheit als eines selbständigen Wesens und zu der Frage: was ist Leben? Und nun wurden Vivisectionen unternommen, um den Sitz des Lebens nachzuweisen.

Das erste grosse und erfolgreiche Beispiel von Vivisection war dasjenige von William Harvey, das allein genügt, für ewige Zeiten den hervorragenden Nutzen der Vivisection nachzuweisen.

Redner schildert nun in interessanter, anschaulicher Weise die Kämpfe, welche Harvey, Malpighi u. s. w. zu bestehen hatten. Harvey's Verdienste würden ja jetzt freilich von den Antivivisectionisten anerkannt, aber sie behaupten, seit der Zeit seien keine Fortschritte gemacht. Aber sie wissen nicht, dass Harvey noch nichts über die vitalen Eigenschaften der Circulationsorgane bringen konnte. Fragen, wie: Worauf beruht die Herthätigkeit? Welchen Einfluss üben die Blutgefässe auf die Blutvertheilung und -Bewegung? Welcher Antheil fällt den Arterien, welcher den Venen, welcher den Capillaren zu? Solche und ähnliche Fragen von höchster Wichtigkeit und nur durch Vivisection zu ergründen, konnte Harvey nicht beantworten, weil die allgemeine Anatomie noch nicht entwickelt war. Erst nach 200 Jahren sind wir durch Eduard Weber's und Claude Bernard's Arbeiten darin soviel weiter gekommen.

Zwei neue Disciplinen sind seit Harvey geschaffen, die Physiologie und die allgemeine Pathologie. Redner geht nun näher ein auf die Verdienste eines Haller, eines Glisson, eines Gaub, eines Galvani, eines Alexander von Humboldt. Ist also die experimentelle Methode erfolgreich gewesen, hat der Tod, die Qual der Thiere für die Medicin Nutzen gebracht? Wir müssen diese Fragen unbedingt bejahen. Freilich nicht jede Vivisection hat solche Fortschritte, speciell auch in der Behandlung von Krankheiten hervorgerufen, wie die Galvani's, aber in mancher Hinsicht haben sie die Grundlage gegeben für die Therapie. Redner erinnert an die Wirkungen des Chlorals, die auf seinem Institute durch Liebreich vermittelst Experimentes entdeckt und festgestellt wurden. Sollen wir denn, wie z. B. die Homöopathen wollen, alle Arzneimittelwirkungen an uns selbst prüfen? Wie ist Fortschritt in der Hygieine möglich ohne Experimente an Thieren — oder sollen auch die Hygieiniker an sich selbst die verschiedenen Schädlichkeiten an Giften, Gasen, Mikrokokken etc. versuchen? — denn wir müssen im Auge behalten, dass die Agitatoren gegen die Vivisection unter diesem Namen Alles begreifen, was den Thieren Schmerz macht, also auch die pharmakologischen Thierexperimente.

Ueberhaupt sind unsere Gegner im höchsten Grade inconsequent. Nach jedem Gesetzbuche wird der Tod härter bestraft als schwere Körperverletzung ohne tödtlichen Ausgang. Sie hingegen haben nichts gegen die Tödtung der Thiere, wollen dagegen Verletzungen derselben streng geahndet wissen. Freilich können wir nicht umhin anzuerkennen, dass eine gewisse Aufsicht gegen einen Abusus des Rechtes der Vivisection stattfinden mag, nur darf sie nicht von Thierschutzvereinen ausgeübt werden. — Die Freiheit der Wissenschaft aber verlangt, dass innerhalb dieser Grenzen die Vivisection frei gelassen werde.

Nach Schluss dieser circa 1½-stündigen, zündenden Rede brach ein Jubel aus, der sich in Klatschen, Trampeln, Rufen, Stockklopfen äusserte, wie wohl selten die St. James-Hall ihn gehört, und wiederum unter lautem Jubel stattete der Vorsitzende, Sir J. Paget, dem Vortragenden den innigen Dank der Versammlung ab.

Tagesereignisse.

— Mit der Czechisirung der med. Facultät in Prag ist der Anfang gemacht worden. Die Vorschläge der Facultät sind unberücksichtigt geblieben, denn der ausserord. Prof. mit böhmischer Unterrichtssprache Dr. Eiselt ist zum ord. Prof. des ersten medicinischen Lehrstuhls und der ausserord. Prof. deutscher Nationalität Dr. Pribram zum ord. Prof. und Vorstand der III. medicinischen Klinik ernannt worden.

— Der bisherige Docent Dr. Marchand in Breslau ist ord. Prof. der pathologischen Anatomie in Giessen geworden.

— Am 9. August n. St. ist in Breslau der berühmte Gynäkolog und Geburtshelfer Prof. Dr. Otto Spiegelberg in seinem 51. Lebensjahre gestorben. S. hatte seine medicinischen Studien auf der Universität Göttingen genossen, wo er 1851 zum Doctor promovirt wurde. Nachdem er behufs weiterer Ausbildung Berlin, Prag und Wien besucht hatte, habilitirte er sich in Göttingen und fungirte zugleich als Assistent des grossen Geburtshelfers E. v. Siebold. Hier war es auch, wo er im J. 1858 sein Lehrbuch der Geburtshülfe herausgab, das überall die grösste Anerkennung fand. Von Göttingen wurde Spiegelberg im J. 1861 als ord. Prof. nach Freiburg berufen, von dort im J. 1865 nach Königsberg, wo er jedoch nur kurze Zeit blieb, um bald darauf die Leitung der geburtshülflichen Klinik in Breslau zu übernehmen. Sp. wirkte mit gleichem Erfolge als Lehrer wie als Arzt auf geburtshülflichem wie auf gynäkologischem Gebiete. Er war Meister auf dem schwierigen Gebiete der Fistel- und plastischen Operationen und hat sich ein grosses Verdienst um die Diagnostik der Ovarientumoren und Cysten durch genaue Präcisirung des Werthes der Probepunction erworben. Ausser dem Compendium der Geburtshülfe verdankt ihm die Wissenschaft eine ganze Reihe werthvoller klinischer, histologischer und experimenteller Arbeiten, die grössten Theils in dem seit 1870 von ihm gemeinsam mit Credé herausgegeben Archive für Gynäkologie erschienen.

Sp. erlag den Folgen einer Schrumpfniere, eines wohl schon mehrjährigen aber, wie es scheint, latent gebliebenen Leidens.

— Die 49. Jahresversammlung der «*Britisch medical Association*» hat in *Ryde* (Insel Wight) in den Tagen vom 9.—12. August n. St. stattgefunden. Unmittelbar auf den grossen internationalen medicinischen Congress in London folgend, ist diese Versammlung wie es scheint, vorzugsweise den Interessen des ärztlichen Standes in England gewidmet gewesen. Die Eröffnungsrede (nebst Jahresbericht) hielt Benj. Barrow als Präsident; für Chirurgie war der Hauptredner Jon. Hutchinson, für innere Medicin Bristowe, für Geburtshilfe Coghill. Die ersten 3 Redner beschäftigten sich viel mit historischen Rückblicken auf die Entwickelung der Medicin überhaupt und speciell in England, mit den Desideraten in Bezug auf medicinisches Studium, auf Stellung der prakt. Aerzte u. m. a. — Bemerkenswerth ist, dass sowohl Hutchinson wie Bristowe unabhängig von einander die Stellung des auf wissenschaftlicher Basis stehenden Praktikers gegenüber den Homöopathen zur Sprache brachten. Beide widersprechen dem Satze, ein Arzt, der sich als Homöopath deklarire, müsse *durchaus* ein Betrüger oder ein Narr sein. Hutchinson hält speciell für den Chirurgen eine Consultation mit Homöopathen für zulässig, — wenn man an das Messer oder die Zange appellirt, kommt es nicht auf Theorieen über Arzneiwirkungen an; überhaupt habe der Arzt in jedem einzelnen Fall zu erwägen, ob die gewünschte Consultation dem Patienten von Nutzen sein könne oder nicht, denn der ärztliche Stand sei nicht um seiner selbst willen da, sondern für diejenigen, die vom demselben Hilfe erwarten. Jenners Ablehnung der Consultation mit dem Homöopathen an Lord Beaconsfield's Krankenbett ist ja eben so motivirt, dass er von derselben keinen Vortheil für den Patienten erwarten könne. Bristowe, welcher die Geschichte der Homöopathie, ihre Doctrinen und ihre gegenwärtige Praxis eingehend bespricht und vernichtend kritisirt, gelangt auch zu demselben Resultat, dass der Standpunkt *bedingungsloser* Ablehnung dem Homöopathen gegenüber nicht haltbar sei. Wir dürfen nicht zu strenge gegen abweichende therapeutische Theorien und Maassnahmen uns verhalten, denn auch in unserem Arzneischatz finden sich eine Menge Mittel, die den verkehrtesten Theorieen früherer Zeiten ihre Einführung in die Praxis verdanken. Der Homöopath ist ebenfalls approbirter Arzt, hat das gleiche Diplom, — es ist unserem Stande gegenüber richtiger einen solchen als einen Ehrenmann zu behandeln, wofern der Gegenbeweis nicht geliefert ist.

Miscellen.

— Eine Vermehrung der russischen medicinischen Literatur durch eine *neue Monatsschrift* haben wir bisher nicht erwähnt, da uns die betreff. Hefte erst neuerdings zugegangen sind. Seit dem Mai d. J. erscheint hier die «*Medizinskaja Biblioteka*». Herausgeber derselben ist Nikolai Lwowitsch Wilkin, als Redacteur zeichnet Docent W. Popow. Die uns vorliegenden 3 ersten Monatshefte sind jedes für sich ein stattlicher Band; der Druck ist gut, die im Text gebrachten Abbildungen nicht schlecht, überhaupt die ganze Ausstattung eine für unsere Verhältnisse bessere. Zweck des Journals ist, gute Uebersetzungen hervorragender neuer medicinischer Bücher zu bringen. In den vorliegenden 3 Lieferungen liegen zum Theil abgeschlossen vor: Hirnsyphilis von Fournier, übersetzt von Chlopizki; Chirurgie von Erichsen, übersetzt nach der 7. Auflage; Physiologie des Menschen von Beaunis, übers. von Zybulski; Antiseptische Chirurgie von Lucas-Championière, übers. von Sharnowski; Pankreas-Krankheiten von Chvostek, übers. von Sigrist; Gedächtnisskrankheiten von Ribaud, übers. unter der Aufsicht von Tscheremschanski; Krankheiten des Wurmfortsatzes und Coecum von Kranssold, übers. von Sigrist; Naturgeschichte der Parasiten von Leuckart, übers. von Prof. E. Brandt; Grundzüge der physikal. Heilmethode v. Rossbach, übers. von W. und E. Swjatlowski; die Auswaschung des Magens von Faucher, übers. von W. Swjatlowski.

— Der berühmte Anatom Hyrtl, welcher trotz seines Alters mit ungeschwächter Geisteskraft noch immer im Dienste der Wissenschaft rastlos thätig ist, hat vor Kurzem sein bekanntes Lehrbuch der Anatomie „den Fortschritten der Wissenschaft gemäss bereichert und umgearbeitet" in 15. Auflage herausgegeben.

— Das Project der *internationalen Pharmacopoe* gewinnt immer mehr Gestalt durch die Arbeiten des in London abgehaltenen pharmaceutischen Congresses. Je 2 Delegirte von jedem der vertretenen Staaten sollen zu einer Commission zusammentreten, um das Werk auszuarbeiten. Als Vertreter Russlands nehmen Mag. Martenson und Dr. A. Poehl am Congresse Theil.

— In England sind 2 Asyle für habituelle Trinker eingerichtet; dieselben haben im Laufe des Jahres 1880 15 Patienten (8 M. 7 W.) Aufnahme gewährt, von denen 5 entlassen wurden, 10 verblieben. Definitive Heilung kann natürlich in so kurzer Zeit noch nicht constatirt werden, doch war stets Besserung des Allgemeinbefindens erfolgt.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 9. August 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	722	294	1016
Alexander- «	479	160	639
Kalinkin- «	—	423	423
Peter-Paul- «	323	148	471

	M.	W.	Summa.
St. Marien-Magdalenen-Hospital	156	64	220
Marien-Hospital	287	240	527
Ausserstädtisches Hospital	380	141	521
Roshdestwensky-Hospital	36	20	56
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	287	105	392
6 zeitw. Hospitäler	706	126	832
Ausschlags-Hospital	6	3	9
Summa der Civilhospitäler	3382	1724	5106
Nikolai-Kinder-Hospital	16	14	30
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	51	46	97
Elisabeth-Kinder-Hospital	14	19	33
Summa der Kinderhospitäler	81	79	160
Nicolai-Militär-Hospital	416	16	432
Ssemenow'sches Militär-Hospital	123	—	123
Kalinkin-Marine-Hospital	193	—	193
Gesammt-Summa	4195	1819	6014

Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	1299	315	1614
Scarlatina	5	9	14
Variola	10	3	13
Venerische Krankheiten	489	422	911

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 2. bis 9. August 1881 besucht von 2588 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1082.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs

für die Woche vom 26. Juli bis 1. August 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 662 Todtgeborene 22).

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
400	262	662	129	39	80	15	14	31	78	90	57	53	35	17	12	12

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 19, Typh. abd. 29, Febris recurrens 42, Typhus ohne Bestimmung der Form 11, Pocken 2, Masern 2, Scharlach 12, Diphtheritis 14, Croup 4, Keuchhusten 4, Puerperalkrankheiten 1, Dyssenterie 4, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 10.

— Gehirnapoplexie 10, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 20, andere Gehirnkrankheiten 14, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 19, acute Entzündung d. Athmungsorgane 42, Lungenschwindsucht 96, andere Krankheiten der Brustoberfläche 17, Gastro-intestinal-Krankheiten 136, andere Krankheiten der Bauchhöhle 23, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 49, Marasmus senilis 23, Cachexia 34.

— Tod durch Zufall 9, Selbstmord 2. Mord 0.

— Andere Ursachen 14.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 14 Августа 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh., Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

ST. PETERSBURGER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg,

Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 34. St. Petersburg, 22. August (3. September). 1881.

Ueber das Vorkommen äusserst niedriger Temperaturen im Verlaufe von Geisteskrankheiten.

Von

Dr. W. Bechterew,

Ordinator an der psychiatrischen Klinik des Prof. Mierzejewski.

(Schluss).

Fall 3. Paralysis generalis progressiva. Artillerieoffizier T., anscheinend 35 Jahr alt, hat 2 geisteskranke Brüder, ist 1864 syphilitisch gewesen und im letzten Kriege gegen die Türken auf dem Kaukasus in der linken Stirngegend contusionirt worden. Im Frühjahre 1878 bemerkten seine Gefährten während des ermüdenden Lagerlebens eine besondere Geschäftigkeit in seinen Handlungen und dem Umgange mit seinen Kameraden; bald darauf stellten sich anhaltende Schlaflosigkeit und psychische, mit zusammenhangsloser Rede und Gedächtnissschwäche verbundene Erregtheit ein. Diese hielt einige Monate an, im October 1878 wurde der Kranke ruhiger bei fortdauernder bedeutender Gedächtnissschwäche und leicht eintretender Ermüdung; dazu traten noch Kleinlichkeit in Geldsachen und häufiger starker Kopfschmerz.

Status praesens. T. ist mehr als mittelgross, kräftig gebaut und recht gut ernährt; die inneren Organe gesund, die linke Pupille breiter als die rechte. Die Zunge zittert beim Hervorstrecken fibrillär, beide Arme zittern, haben aber ihre rohe Muskelkraft noch recht gut erhalten, der Gang ist recht sicher und gleichmässig, die Sehnen- und Muskelreflexe überall gut entwickelt. Die Sprache ist nicht undeutlich, es besteht Sylbenstolpern und zeitweilig aphasisches Sprechen. Deutliche psychische Störungen sind nicht zu bemerken, nur fallen die grosse Gleichgültigkeit des Kranken gegen seine Familie und die Gedächtnissschwäche in Bezug auf die jüngste Vergangenheit auf. Der Kranke ist ruhig, gut gelaunt, mit allem zufrieden, klagt über nichts, vertraut dem Arzte vollkommen, äussert seine Hoffnung auf Wiedergenesung und ist fortwährend mit Schreiben von Briefen an seine Frau beschäftigt, welche sich durch eine stereotype Einförmigkeit auszeichnen; Schlaf und Appetit gut. Anfang März trat eine hypochondrische Stimmung auf, der Kranke richtete seine Aufmerksamkeit auf die Erschwerung seiner Rede, die Fehler in der Unterhaltung und klagt beständig über Kopfschmerz. Die Hypochondrie wurde in der Folge tiefer, die Kopfschmerzen verursachten durch ihre Stärke Erbrechen, die Vergesssamkeit beunruhigt den Kranken so sehr, dass er zuweilen an der Möglichkeit seiner Genesung verzweifelt; kann aber durch Zureden soweit wieder beruhigt werden, dass er seine Zufriedenheit mit seinem Zustande und seine Beruhigung hinsichtlich des Schicksals seiner Familie ausdrückt und sehr vergnügt einige Episoden aus dem letzten Türkenkriege erzählt. Anfang September trat ein Anfall von Bewusstlosigkeit ohne gleichzeitige Krämpfe auf, welcher starken Kopfschmerz hinterliess, solche Anfälle häuften sich im Laufe des Octobers und hinterliessen eine leichte Sprachstörung. An den Tagen, welche den Anfällen folgten, wurden Unruhe und Grössenwahndelirien beobachtet, der Kranke will in's Schloss gehen, um dort eine hohe Belohnung für seine militärischen Verdienste zu holen u. s. w. Im November wurde Patient ruhiger, apathisch und klagte nur zuweilen über Kopfweh. Anfangs 1880 verblieb er grösstentheils in der gutmüthigen Stimmung, beschäftigte sich hauptsächlich mit Schreiben und Dichten von Versen, welche er höchst selbstgefällig Allen vorzudeclamiren liebte, dabei ist aber eine Reizbarkeit zu constatiren, welche ihn unter den geringfügigsten Umständen zu Thränen bringt, aber leicht durch zutrauliches Benehmen beruhigt werden kann. Die Rede ist langsam und gedehnt, jedes Wort wird syllabirt, zuweilen eines derselben besonders accentuirt, bei manchen Sylben stolpert die Zunge und werden manche Worte unrichtig ausgesprochen, obgleich die Buchstaben des Alphabets deutlich und scharf

genannt werden können. Vom Juli 1880 an wurden die Symptome der Paralyse deutlicher und ergaben wiederholte, eingehende, im August, September und October vorgenommene Untersuchungen folgende Resultate. Die rechte Pupille ist ein wenig enger, als die linke und besitzt eine längliche Form in der Richtung von oben und aussen nach unten und innen. Das Gesicht ist symmetrisch, zeigt aber hin und wieder Zuckungen im rechten unteren Lide und der rechten Nasolabialfalte, die Zunge wird gerade ausgestreckt, zittert und zeigt an ihrer Oberfläche fibrilläre Zuckungen. Der weiche Gaumen ist normal, der Kopf etwas nach links gebeugt, das Rückgrat beschreibt einen Bogen, dessen Convexität nach links gerichtet ist, beide Hände zittern, besonders aber die rechte, an welcher echte, bei jeder Bewegung sich steigernde choreiforme Oscillationen sichtbar werden. Der Gang ist schlaff und schwankend, das rechte Bein kann den Körper fast gar nicht stützen; hebt der Kranke dieses Bein auf (im Stehen), so tritt ein starkes laterales Schwanken auf, während im Liegen alle Bewegungen regelrecht und exact ausgeführt werden; bei Lidschluss geräth der Körper im Stehen in starkes Schwanken. Die Muskel- und Sehnenreflexe treten deutlich, rechts aber stärker zu Tage. Linkseitige Hemianästhesie sehr ausgesprochen, Schmerzempfindung hier ganz aufgehoben, auf der rechten Körperhälfte war die Sensibilität gleichfalls stark herabgesetzt aber mit verlangsamter Leitung der Schmerzempfindung, so dass der Kranke auf tiefe Stiche erst einige Secunden nach erfolgtem Reize reagirte. Das Kitzelgefühl fehlte gänzlich auf beiden Körperseiten, die Anästhesie erstreckte sich auch auf den ganzen Rachenraum, die Schleimhaut des Mundes, der Zunge und der Nase. Der Tast-, Druck- und Temperatursinn sind stark herabgesetzt, Gehör und Gesicht normal, die reflectorischen Erscheinungen von Ohr und Auge sind normal, der Kranke ist wenig wählerisch in Bezug auf Speisen und Gerüche. Die Rede ist vollkommen unverständlich bis auf die einfachsten Worte «да» oder «нѣтъ», jedes Wort wird in Sylben zerlegt, die ihrerseits auch sehr undeutlich ausgesprochen, zuweilen auch durch fremde oder überflüssige Buchstaben verstümmelt werden. Das Lesen ist gleichfalls unmöglich, obgleich der Kranke Buchstaben und Sylben richtig benennt, die Handschrift ist zitternd, schleppend, jeder Buchstabe wie stereotypirt hingemalt. Beim Niederschreiben zusammengesetzter Worte werden ganze Sylben und Buchstaben ausgelassen, ganze Phrasen und der eigene Name, welche vom Kranken nicht ausgesprochen werden können, werden aber richtig niedergeschrieben. Aus dem schriftlich vom Patienten Gegebenen lässt sich schliessen, dass das Gedächtniss noch recht gut erhalten sei, auch ist er seines Zustandes vollkommen bewusst und spricht nicht irre. Der Allgemeinzustand ist ein befriedigender, Verstopfung und Incontinentia urinae sind dauernd, Schlaf und Appetit ziemlich gut. Vom December an wurde der Kranke ohne sichtbare Ursache immer schwächer, der Gang wurde an beiden Beinen paretisch, der Kranke kann sich auf keines derselben allein stützen, bei Lidschluss wird der Gang schwankend und unsicherer, als bei offnen Augen, die Sensibilität ist am ganzen Körper, das Gesicht mit eingeschlossen, fast vernichtet, die verlangsamte Schmerzesleitung auf der rechten Körperhälfte ist nicht mehr zu constatiren, ebensowenig ist das Kitzelgefühl hervorzurufen, Tast-, Druck- und Temperatursinn, sowie die elektrocutane Sensibilität wesentlich herabgesetzt, alle Muskel- und Sehnenreflexe erhöht, die faradomusculäre Contractilität vermindert.

Während des Herbstes 1880 nahm die Schwäche des Kranken immer mehr zu, im Februar 1881 magerte Pat. rasch ab und wurde zum 5. März so hinfällig, dass er kaum stehen konnte und häufig fiel, besonders oft auf die rechte Seite. Es traten jetzt zu den bis hierzu vorhandenen Symptomen noch beständige fibrilläre Zuckungen in den Oberextremitäten, besonders im Deltoideus und eine Hyperexcitabilität der Muskeln hinzu, so dass ein leichtes Stechen, ein Beklopfen mit dem Percussionshammer oder das blosse Bestreichen irgend einer Hautstelle genügte, um lebhafte Contractionen in den darunter befindlichen Muskeln hervorzurufen; alle Reflexe waren erhöht, die inneren Organe gesund. Die Temperatur am 5. März betrug 37,7°, am 6. verschlimmerten sich die paretischen Erscheinungen, so dass der Kranke nur mit Unterstützung gehen und sich mühsam im Bette aufrichten kann; sonst keine Veränderung. MT. 37,6°, zum Abend fällt die Temperatur ohne jede Ursache auf 32,7°. Am 7. März Morgens kann der Kranke wohl mit fremder Hülfe aus dem Bette steigen, sich aber nicht auf den Füssen erhalten, die Haut fühlt sich kalt und trocken an, an Händen und Füssen ist Gänsehaut vorhanden. Der Kopf, obwohl dem Willen des Kranken gehorchend, ist fast immer nach links gekehrt, die Augen sind halbgeschlossen, aber nicht deviirt, und werden beim Anreden des Kranken weit geöffnet, das Fixiren von Gegenständen geht normalerweise vor sich. Die Sensibilität ist überall vernichtet, die Hyperexcitabilität der Muskeln in früherem Maasse vorhanden, Hautreflexe werden gut ausgelöst, die Bauchmuskeln contrahirt, der Sphincter ani nicht gelähmt. Die psychischen Functionen waren unverändert geblieben, der Kranke versteht offenbar die an ihn gerichteten Fragen, reicht, wenn aufgefordert die rechte oder die linke Hand, kann sich, freilich nicht ohne fremde Hülfe im Bette aufrichten, spricht aber, wie früher, gedehnt und undeutlich und trinkt zum Frühstück einen Krug Milch aus. MT. 32,1° P. 70, leicht zu unterdrücken, R. 33; um 1 Uhr Nachmittags 30,9°, der Kranke wird behufs Erwärmung in mehrere warme Decken gehüllt und geniesst 1 Flasche Milch. Um 4 Uhr p. m. wurde der Körper warm, T. in recto 31,6°, P. 72, R. 36, gegen Abend in recto 31,4°. 8. März T. 32,4°, Haut fühlt sich etwas wärmer an, der Kopf ist mehr nach links geneigt, die Stimme sehr schwach, der Harn enthält weder Eiweiss, noch Zucker. T. 1 Uhr p. m. 31,8°, P. 72, R. 36, um 4 Uhr p. m. 31,7°, um 9 Uhr Abends 30,6°; um Mitternacht stellt sich folgendes Bild dar: die Augen sind nach links und unten gedreht, die Reflexe, wie früher, sehr erhöht, P. 60, Cheyne-Stokes'sche Respiration, welche zuweilen auf 64 sich erhebt, dann eine Zeitlang stille zu stehen scheint, sich verlangsamt und endlich ganz aufhört. Um 6 Uhr Morgens des 9. März verschied der Kranke.

Section der inneren Organe. Hyperämie in den hinteren Partien beider *Lungen*, geringes Emphysem in den vordern, in der linken Lungenspitze etwa 10, von einem fest anzufühlenden Bindegewebe umgebene käsige Heerde. Fettablagerung in den *Herz*furchen, kleine atheromatöse Plaques auf der Intima der Aorta. Die *Leber* etwas klein, ihr

Gewebe dicht. Die *Nieren* gleichfalls weniger umfangreich, als normal, ihre Kapsel leicht abzuziehen, der Querschnitt etwas körnig, die *Milz* vergrössert mit gut entwickelten Trabekeln und etwas blasser Pulpa.

Obduction des Gehirns. Die Dura mater ist mit der Pia und dem darunter liegenden Gehirngewebe in der Richtung der Längsspalte des Gehirns verwachsen, die Pia stark ödematös und längs ihrer Gefässe besonders an den Stirn-, Scheitel- und theilweise Schläfenwindungen getrübt. An der Gehirnoberfläche machen sich einige sackförmige Auftreibungen der Arachnoidea bemerkbar, welche grösstentheils die Stirn- und Scheitelwindungen einnehmen. Nach dem Anstechen dieser Blasen zeigen sich mehr oder weniger beträchtliche Vertiefungen der Gehirnoberfläche, welche den atrophischen Windungen entsprechen. Am meisten ist von der Atrophie betroffen der obere Theil beider ersten Stirnwindungen, zum Theil auch der vordere Abschnitt der linken vorderen Central- und die ganze linke dritte Stirnwindung, welche einen, nur 5—6 Mm. breiten Kamm darstellt. Die anderen Windungen der Stirn- und Scheitelwindungen sind verschmälert, die dazwischen liegenden Furchen sehr breit. Die graue Substanz der Hirnwände ist sehr blass und theilt sich in 2 scharf durch ihre Färbung von einander geschiedene Schichten, von denen die obere dunkel gefärbt und nicht mehr als 1—$1^1/_2$ Mm. breit ist, während die untere $1^1/_2$—$2^1/_2$ Mm. in der Breite misst und sehr blass ist. Beide Seitenventrikel sind sehr erweitert und enthalten eine ansehnliche Menge Serum, die Höhle des 5. Ventrikels besteht wegen der Verwachsung der beiden Blätter des Septum pellucidum nicht; der Aquaeductus Sylvii und der Boden des 4. Ventrikels erscheinen normal. In beiden innern Carotiden sind Zeichen geringer Sclerose vorhanden. Die Dura mater trägt in der Nähe der hintern Oberfläche des Rückenmarks bis stecknadelkopfgrosse Knochenplatten. Die graue Substanz des Rückenmarks ist äusserst blass und am verlängerten Marke sieht man auf der Höhe der rechten Olive eine grauliche Plaque. Im obern Theile des Rückenmarks zwischen der Medulla oblongata und der Halsanschwellung zeichnet sich, den Goll'schen Strängen entsprechend, eine graue, keilförmige Verfärbung inmitten der weissen Substanz scharf aus, beide Seitenstränge sind gleichfalls fast vollständig verfärbt; etwas Aehnliches erscheint auch im Brust- und Lendentheil des Rückenmarks, nur sind etwas oberhalb der Lendenanschwellung auch die Hinterstränge (Goll'sche und Burdach'sche) in ihren ganzen Breiten verfärbt. Auf dem Querschnitt der grauen Substanz der rechten Hälfte der Lendenanschwellung erscheint eine stecknadelkopfgrosse Höhle, die mit plasmatischem Exsudat erfüllt ist. Unterhalb der Lendenanschwellung ist ein grosser Theil der Seiten- und die Hinterstränge gänzlich so verfärbt, dass die graue Substanz auf diesem Niveau blasser, als die sie umgebende weisse erscheint.

Es kann uns augenblicklich bei der Analyse der vorliegenden Beobachtungen nur das Auftreten äusserst niedriger Temperaturen in den letzten Stadien der Krankheit interessiren. Vor Allem müssen wir alle die äussern und innern Bedingungen, welche im Organismus selbst das Sinken der Temperatur begünstigen könnten, etwas näher betrachten. Dazu könnten in unserm ersten Falle gehören 1) die Unreinlichkeit des Kranken, 2) die Nahrungsverweigerung und 3) die beträchtliche Abmagerung desselben. Die erste Bedingung kann als ursächliches Moment für die Temperaturerniedrigung nicht herbeigezogen werden, weil der Kranke während seines Aufenthaltes in der Klinik sich unter möglichst guten hygieinischen Verhältnissen und der beständigen Aufsicht eines, die Reinhaltung des Patienten streng überwachenden Wartepersonals befand. Die Nahrungsverweigerung dauerte nur 3—4 Tage und konnte, nach den oben angeführten physiologischen Daten keine besondere Erniedrigung der Temperatur hervorrufen; wir können also auch die zweite, oben angeführte Bedingung für die Temperaturerniedrigung bei unserem Falle nicht anführen.

Es erübrigt also nur die Abmagerung als eine der, die Temperaturerniedrigung bedingende Ursache heranzuziehen. Ich habe aber leider in Berücksichtigung des leidenden Zustandes des Kranken durch Wägungen den Grad der Erschöpfung nicht bestimmen können, kann aber dieser, längere Zeit vor dem Erscheinen der niedrigen Temperaturen aufgetretenen Abmagerung durchaus keinen maassgebenden Einfluss auf das Sinken der Körpertemperatur einräumen, da wir auch sonst bei Phthisikern im Laufe der Krankheit eine recht bedeutende Abmagerung des Körpers ohne gleichzeitige Erniedrigung der Temperatur vor dem Eintritte des prälethalen Collapses nicht selten beobachten.

Keine von den oben angeführten 3 Bedingungen kann auch auf unsern 2. und 3. Fall bezogen werden; in unserem 2. Falle trat allerdings kurz vor der starken Temperaturerniedrigung eine progressive Abmagerung ein, das Körpergewicht sank aber vom 11. Januar bis zum 15. Februar von 135 auf nur 125 Pfund. In der letzten Lebensperiode bis zum 19. März musste natürlich das Körpergewicht noch mehr abnehmen, wir glauben aber nicht, dass dieses in einer so kurzen Zeit in einem bedeutenden Maasse hätte stattfinden können und so müssen wir denn auch in diesem Falle von einem Einflusse der Abmagerung auf die Erniedrigung der Körpertemperatur absehen. Dass der Kranke früher hin und wieder stark getrunken habe, fällt hier auch nicht sehr ins Gewicht, da er durchaus nicht übermässig dem Trunke ergeben war und in den letzten 2 Jahren während seines Hospitalaufenthalts keinen Tropfen Alkohol genossen hatte; wir können also in unserem Falle dem Alkoholmissbrauch keine Bedeutung für das Auftreten der niedrigen Temperaturen beilegen.

Diese können also offenbar nicht genügend aus den Lebensbedingungen der Kranken erklärt werden, es wurden trotz der niedrigen Körperwärme nie Collapserscheinungen oder ernste Complicationen mit Krankheiten innerer Organe bemerkt, die Kranken blieben im Gegentheile fast bis zu ihrem Tode kräftig, munter und zeigten sogar zeitweilig Symptome von Aufregung. Loewenhardt nimmt selbst eine Form von Manie an, welche unter starker Erniedrigung der Temperatur zum Tode führe. Berücksichtigt man alle oben angeführten Daten, so entsteht die höchst interessante Frage nach der Ursache der Temperaturerniedrigung. Die Ansichten der Autoren differiren in dieser Beziehung stark, einige, sowie Zenker, machen äussere schädliche Einwirkungen, z. B. Unreinlichkeit und Entblössung der Kranken bei verstärkter Muskelarbeit verantwortlich, während andere, wie Löwenhardt und Tiling, die Abhängigkeit der

niedrigen Temperaturen von Affectionen gewisser Theile des Centralnervensystems betonen. Gegen die erste Ansicht spricht der Umstand, dass lange nicht in allen Fällen psychischer Störungen jene ungünstig wirkenden äussern Bedingungen vorhanden waren, so in einem Falle von Ulrich. Krämer hat in seinen Fällen bei gleichfalls sehr günstigen äussern Umständen das Sinken der Temperatur bis zum Tode vergeblich durch warme Einhüllungen zu verhüten gesucht, was auch wir an einem unserer Kranken erfahren haben. Wir sind deshalb zu dem Schlusse berechtigt, dass die Erniedrigung der Körpertemperatur bei psychischen Krankheiten sehr oft nicht von äussern, die Wärme des Organismus herabsetzenden Ursachen abhänge, sondern dass die Bedingungen im Substrate der Geisteskrankheiten, d. h. im Gehirn zu suchen seien. Tilling hat darauf aufmerksam gemacht, dass in allen Fällen von excessiver Temperaturerniedrigung bei Psychosen bedeutende Veränderungen in der Umgebung der Brücke gefunden worden sind, welche letztere er, auf Pflüger's[1] Untersuchungen gestützt, für das Sinken der Temperatur verantwortlich macht. Im oben citirten Falle von Schüle fanden sich neben Oedem des Gehirns und geringer Atrophie der Stirn- und Centralwindungen Ecchymosen im Corpus denticulatum des Kleinhirns und auf dem Boden des 4. Ventrikels im Bezirke der Vaguskerne, ausserdem wurden sclerotische Plaques in der Medulla oblongata und dem obern Abschnitte des Rückenmarks constatirt; in unserem 3. Falle wurden gleichfalls solche Plaques im verlängerten Marke gefunden. Es giebt aber wohl constatirte Fälle von Psychosen, in welchen trotz der während des Lebens aufgetretenen Temperaturerniedrigung die sorgfältigste Besichtigung der Brückengegend keine Veränderung der Gehirnsubstanz ergab, so in den Beobachtungen von Löwenhardt, Ulrich und Krämer und in unseren beiden ersten Fällen. Wir müssen hier, um das Auftreten niedriger Temperatur zu erklären, zu der Hypothese unsere Zuflucht nehmen, dass die Affection der Gehirnrinde, welche die Psychose hervorruft, auch gleichzeitig die, den Centralwindungen benachbarten Territorien ergreife, welche nach Eulenburg und Landois[2] das vasomotorische Nervensystem beeinflussen, nach meinen Untersuchungen[3] aber auch auf die innere Körpertemperatur einwirken.

Ich halte es für müssig, auf die Frage einzugehen, bei welchen Formen von Psychosen die Erniedrigung der Körpertemperatur am häufigsten auftritt. Die Annahme Loewenhardt's einer besondern, mit sehr niedrigen Temperaturen verlaufenden Form von Manie ist durch die Veröffentlichung von Fällen anderer Formen von Geisteskrankheiten mit niedrigen Temperaturen hinfällig geworden. Wir sind desshalb gezwungen anzunehmen, dass Angesichts des vorliegenden, von Loewenhardt, Zenker, Ulrich, Tiling, Kraemer, Wirsch und mir gelieferten verschiedenartigen kasuistischen Materials das Sinken der Temperatur tief unter die Norm nicht pathognomonisch für irgend eine bestimmte Form von Psychose sei, sondern als ein, unter gewissen ungünstigen Umständen complicirendes Symptom aufzufassen wäre.

St. Petersburg, 1881.

[1] Pflüger, Arch. für die gesammte Physiologie, Bd. XII., Heft 4 und 5, 1876.

[2] Eulenburg und Landois, Ueber die chemischen Wirkungen experimenteller Eingriffe am Nervensystem und ihre Beziehung zu den Gefässnerven. Virch.-Arch. 1876, Bd. 86, Centralbl. f. d. medic. Wissensch. 1876 № 15. Berlin, Klin. Wochenschr. 1876, № 42 u. 43.

[3] Bechterew, Versuch einer klinishen Untersuchung der Temperatur bei einigen Formen von Geisteskrankheiten. I.-D. St. Petersburg 1881 (russisch) St. Petersburger medic. Wochenschr. 1881.

Referate.

E. Leyden: Einige Beobachtungen über die Nierenaffectionen, welche mit der Schwangerschaft in Zusammenhang stehen. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. II, Heft I).

Bartels hat —, entgegen anderen Autoren, welche die Schwangerschaftsniere einfach als Stauungsniere auffassen, — dieselbe zur acuten parenchymatösen Entzündung gerechnet. — L. tritt dieser Ansicht in ihrer Allgemeinheit entgegen und unterscheidet verschiedene Arten der bei Schwangerschaft vorkommenden Nierenaffectionen.

1) *Die Schwangerschaftsniere* tritt in einer vorher gesunden Niere lediglich in Folge der Schwangerschaft, resp. der eigenthümlichen Circulationsbedingungen derselben auf. Sie ist nicht als eigentliche Entzündung zu betrachten, — charakterisirt sich anatomisch durch *Verfettung und Anämie der geschwollenen Corticalis*. gleicht mehr dem zweiten Stadium der typischen Nephritis als dem ersten. Der Urin ist spärlich, sehr stark eiweisshaltig, bei sparsamen Formelementen im Sediment. Die Textur der Niere ist wenig verändert, vollkommene Wiederherstellung kann leicht erfolgen, der Eiweissgehalt schwindet in einigen Tagen.

2) *Nephritis ex graviditate* oder ex puerperis — ist eine acute Nephritis, die sich durch ein reichliches Sediment, viel Blutkörperchen, Cylinder und Epithelien kenntlich macht.

3) *Pyelonephritis* kommt auch, aber seltner, vor. Viel Eiweiss. Eiterkörperchen, Blutkörperchen und Cylinder im Harn, Schmerzen im Kreuz.

4) Von der Schwangerschaft *unabhängige, gleichzeitige*, acute oder chronische Nephritis. Diese macht bereits in frühen Perioden der Schwangerschaft Oedeme. Das Sediment ist dem der ersten Kategorie sehr ähnlich, nur in allen Puncten schärfer ausgeprägt: noch mehr Fettkörnchenzellen, derbe, harte, glänzende Cylinder. Prognostisch ist es wichtig zu wissen, ob irgend ein Nierenleiden bereits *vor* der Schwangerschaft dagewesen; denn während *die* einfache Schwangerschaftsniere Tendenz zur baldigen Genesung zeigt, — verschlimmert sich *diese* Form gewöhnlich noch nach der Geburt. Es wird eben eine früher bestehende Nephritis unter den eigenthümlichen Circulationsverhältnissen der Gravidität stets verschlimmert.

—o—

Prof. Sommerbrodt: Ueber eine ungewöhnlich grosse Kehlkopfcyste. (Bresl. ärztl. Zeitschrift № 10. 1881).

Vf. theilt folgenden Fall mit: Ein 45-jähriger Mann klagte über geringe Beschwerden im Halse, ab und an scheinbare Schwierigkeit beim Schlingen, keine Dyspnoe; Stimme nicht heiser. Bei der laryngoscop. Untersuchung ergab sich, dass unter der Epiglottis eine, den ganzen Trichter des Kehlkopfes ausfüllende Kirschgrosse Neubildung lag, durch einen breiten Stiel an der Grenze des mittleren und vorderen Drittels der Plica aryepiglottica sin. aufsitzend. Die Masse zeigte eine gallertartig zitternde Beweglichkeit, glatte Oberfläche und liess leicht eine Delle eindrücken. Von den Stimmbändern war für gewöhnl. nichts zu sehen, nur bei günstiger Lage sah man einen Theil des rechten wahren Stimmbandes. Bei genauerem Examen gab Pat. an, dass er häufig die rechtsseitige mit der linksseitigen Lage vertauschen müsste wegen einer gewissen Athembeklemmung. Ohne Zweifel handelte es sich um eine Cyste.

Am 13. Nov. schritt Vf. zur Operation mit dem Galvanokauter; im Moment nun der Berührung dieses mit der Cyste verschwand diese spurlos ohne bemerkbaren Austritt von Flüssigkeit. Bei der sofortigen Untersuchung erwies sich der Larynx als ganz frei und normal, nur auf der linken Plica aryepigl. war ein feines gefaltetes Häutchen zu sehen. Am andern Morgen hat Pat. das Gefühl eines Knotens im Halse, die Stimme war heiser, Athemnoth. Die Cyste hatte sich wieder gefüllt, dieses Mal mit Blut, denn bei sofortiger Application des Galvanokauter trat blutige Flüssigkeit heraus. Durch allmälige, mit dem Galvanokauter gesetzte Substanzverluste nun wurde die Cyste bis zum 20. Dec. zum Schwinden gebracht.

Was den Sitz der Cyste betrifft, hat Vf. in der Literatur nur einen analogen Fall gefunden. Vom Sitz macht er auch die ungewöhnliche Grösse abhängig, insofern jedes Hinderniss für das Wachsthum in der Mitte der Plica aryepigl. fehlte.

Das die Stimme rein war, erklärt sich wohl dadurch, dass die Geschwulst sich auf die falschen Stimmbänder stützte, daher die Schwingungen der wahren nicht beeinträchtigen konnte.

Die ganz aussergewöhnliche Thatsache der Hämorrhagie in die Cyste endlich, die bisher nur einmal bei Kehlkopfcysten beobachtet ist (Dr. Moure) erklärt sich Vf. folgendermassen: Nach Moure's Untersuchungen sind die Wände dieser Cysten sehr reich an zart-

wandigen Gefässen; ein Wandgefäss nun ist vom Galvanokauter getroffen, darauf anfänglich obliterirt; nach 20 Stunden aber hat sich das Schorf gelöst und dadurch ist die Blutung möglich geworden.

Bei einer Untersuchung den 17. März war die Plica an der Stelle, die die Cyste getragen hatte, nur etwas breiter als rechts, und nach aussen zu etwas höckerig verdickt. Hlm.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Anton Schmidt: Die neueste Chirurgie in ihrer Anwendung auf die Feldpraxis, nach Beobachtungen und Notizen, gesammelt im Kriege 1877/78 und im Frieden. Allgemeiner Theil. 248 Seiten, (russisch) Festschrift zum Pirogow-Jubiläum.

In vorliegender Arbeit schildert Verf. zunächst, in welcher Eigenschaft (als Arzt der Chirurgen-Reserve), an welchen Orten und annähernd unter welchen Umständen er seine ärztliche Thätigkeit im letzten Kriege ausgeübt. Er tritt damit sofort in medias res, d. h. in die Besprechung einer ganzen Reihe bestehender Verhältnisse des Sanitätsdienstes im Felde ein, welche bereits vor ihm die Aufmerksamkeit aller Autoren über *diesen* Gegenstand in hohem Grade in Anspruch genommen, und bezieht sich häufig auf dieselben, wie Pirogow, Sklifassowski, Kolomnin, Erismann, Weljaminow, Bornhaupt, Köcher und viele Andere. Verf. bespricht das Institut der Chirurgen-Reserve, den Hospitaldienst, das Pflege- und Dienstpersonal, die barmherzigen Schwestern und die Instrumenten- und Verbandvorräthe, den Uebelstand des Dualismus im Sanitätsdienst, das rothe Kreuz, verschiedene persönliche Erlebnisse — und macht allgemeine Angaben über verschiedene Krankheiten und Verwundungen. Seine Beobachtungen und Auslassungen über all' dieses stimmen durchaus mit denjenigen überein, welche bisher von allen Autoren bekannt geworden sind. Seine abfälligen Urtheile zeichnen sich durch grosse Mässigung und Objectivität, sowie dadurch aus, dass sie auf tüchtige praktische Erfahrung gegründet sind. Die Ausführungen des Verf. sind dabei mit vielen recht beachtenswerthen Hinweisen untermischt, welche ausführlicher zu behandeln hier begreiflicher Weise der Raum nicht gestattet. Der Hauptschwerpunct der Arbeit liegt indess, wie der Titel schon zeigt, in der modernen Wundbehandlung. — Verf. erörtert alle die neuen Behandlungsmethoden und die zu denselben verwendeten Verbandstoffe sehr eingehend. Keine Modification der Lister'schen Methode, kein einziger, bisher zur Anwendung gekommener Verbandstoff bleibt unerwähnt und ungeschätzt. — Er weist wiederholt darauf hin, dass der Wundbehandlung — im Gegensatz zu Operationen — auf Grundlage des antiseptischen Verfahrens in den Kriegen der Zukunft eine gegen früher ungleich erhöhte Bedeutung zukommen werde, und bespricht dieselbe sowie den Heilungsverlauf in eingehendster Weise in all' ihren Beziehungen auf die Feldpraxis und plaidirt fortgesetzt und höchst energisch dafür, dass — entgegen allen Aussprüchen selbst mehr oder weniger competenter Organe und Personen — die antiseptische Wundbehandlung nirgend so sehr am Platze sei und *nirgend bessere Resultate* geben werde als gerade in der Feldpraxis.

Die Berechtigung zu diesem Ausspruch weist Verf. eben so gründlich als stichhaltig nach. Auf die Besprechung der Thätigkeit auf den Verbandplätzen, in den Lazarethen, auf dem Transport der Verwundeten, und auf die Complicationen, welche den Verlauf der Wundheilung beeinträchtigen können, geht Verf. ebenfalls ein und giebt eine Uebersicht über 295 von ihm im Feldzuge unter meist recht ungünstigen Umständen antiseptisch behandelter Fälle, auf welche nur 9 Todesfälle kommen. Es sind:

16 Schussverletzungen des Kopfes
60 » » Rumpfes
97 » der oberen Extremitäten und
122 » » unteren

Eine detaillirte Besprechung dieser 295 Fälle folgt im 2. Bande, welcher im Herbst erscheinen soll.

Verf. wird seiner Aufgabe in jeder Weise gerecht und documentirt eine recht gediegene practische chirurgische Erfahrung, sowie eine bemerkenswerth vollständige Literaturkenntniss; es dürfte kaum ein nennenswerther Autor der letzten 15 Jahre vom Verf. nicht angezogen sein, abgesehen von den einschlägigen älteren Schriftstellern.

Wenn die Arbeit in vielfacher Beziehung eine gediegene genannt werden muss, darf nicht unterlassen werden, darauf hinzuweisen, dass sie in einer Hinsicht besonders werthvoll ist. — Sie trägt an der Hand guter eigener praktischer Erfahrung in durchaus dem neuesten wissenschaftlichen Standpuncte entsprechender Weise das ganze durch mehrere Jahre und Hunderte einzelner Arbeiten zerstreute Material über antiseptische Wundbehandlung zusammen und verarbeitet dasselbe unter kritischer Abschätzung klar und fasslich für einen bestimmten Zweck, die Feldpraxis. — Es wird damit dem russischen Militärarzte in *russischer Sprache* ein vortrefflicher, nicht zu umfangreicher und praktischer Leitfaden für seine chirurgische Thätigkeit im Felde geboten. Dies ist das Hauptverdienst der Arbeit, hierin liegt ihr grosser practischer Werth. Ein ferneres Verdienst ist es, dass Verf. für die uneingeschränkte Anwendung des antiseptischen Heilverfahrens im Kriege trotz aller entgegenstehenden Ansichten energisch eintritt. Köcher.

Prof. Vogt: Die chirurgischen Krankheiten der oberen Extremitäten. Mit 116 Holzschnitten und 2 Tafeln in Farbendruck. Deutsche Chirurgie Lief 64. Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke.

Es bedarf ja wohl kaum eines empfehlenden Wortes, um auch dieser neuen Lieferung des grossen Sammelwerkes einen Leserkreis zu werben, es bürgen für die Güte des Werkes sowohl die Namen der Herausgeber wie der des Autors selbst und doch möchten wir auf eine Eigenschaft des Buches aufmerksam machen, die dasselbe nicht nur dem Chirurgen, sondern jedem Arzte willkommen machen wird, es ist die Ausführlichkeit in der Behandlung der kleineren chirurgischen Leiden an der Hand, die den Patienten gewöhnlich noch nichtdem Specialisten zuführen.

Die Ausstattung ist dieselbe elegante wie in den bisher erschienenen Lieferungen. T.

Russische medicinische Literatur.

№ 203. **Medizinskaja Biblioteka.** Heft 1—3, Redacteur Docent W. Popow, Herausgeber N. Wilkin.

№ 204. **Wratsch.** № 33.
Inhalt: a) D. Trojano: Ausmessung des Längendurchmessers der Gebärmutter mit dem Hysterometer in der Nachgeburtsperiode.
b) Goldwug: Ueber die Transplantation der Haut von Thieren auf granulirende Flächen beim Menschen.
c) M. Scherschewski: Larynxaffection bei Ataxie (Forts)
d) Karrik: Ueber Kumyss (Forts.).

№ 205. **Wratschebnija Wedomosti.** № 31.
Inhalt: a) H. Rodsewitsch: Statistik der Menstruation bei den Frauen St. Petersburg's.

№ 206. **Wojenno-Sanitarnoje Djelo.** № 16.
Inhalt: a) W. Swjatlowski: Der Milzbrand, seine Bedeutung für die moderne Cultur überhaupt und für das Militärsanitätswesen im Besonderen.

№ 207. **Sitzungsprotocolle der kaukasischen medicinischen Gesellschaft** vom 16. Mai 1881, № 3.
Inhalt: a) N. Lopatin: Zur Casuistik der Simulationen.
b) S. Schtscheglow: Faradisation der Milz.

№ 208. **Anzeiger der Mineralbäder von Staraja-Russa** № 14.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Mittheilungen des Vereines der Aerzte in Steiermark. XVII. Vereinsjahr 1880. — Graz 1881.
— Die Wirkungen der Quebrachodroguen von Dr. Franz Penzoldt. — Ed. Besold. — Prag 1881.
— Wiener Klinik Heft 8. J. Fritsch: Allgemeine Diagnostik des Irreseins. — Urban und Schwarzenberg. — Wien 1881.
— Sind Atrophie und Morphin Antidote? von Dr. Knapstein. — E. Tschiersky. — Bonn 1879.
— Monatsschrift für Ohrenheilkunde, Nasen-, Rachen-, Kehlkopf- und Luftröhren-Krankheiten. № 6 und 7.
— Paris médical № 32.
— Canada médical and surgical journal № 12.
— Annales de la société médico-chirurgicale de Liége. № 7.
— La gaceta de sanidad militar. № 159.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft practischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 3. December 1880

Dr. Wolferz nimmt das Wort «um zur Klärung der Discussion auf der vorletzten Sitzung das Nöthige beizutragen und die im Protokoll wiedergegebenen Ansichten zu beleuchten.» Er sagt: «In seinem ersten Werke über die Pilze, spricht Naegeli mit positiver Bestimmtheit überall den Satz aus: «der Infectionsstoff ist organisirt und zwar ist er ein Spaltpilz» (pag. 58). Nach Allem, was über die Natur der Spaltpilze bekannt ist, werden dieselben durch ihre verschiedenen Eigenschaften vollkommen zu den verderblichen Functionen befähigt, thierische oder menschliche Organismen krank zu machen (pag. 40). Nun heisst es allerdings pag. 48: «Es giebt Krankheiten, die durch die Pilze allein und solche, welche durch Pilze unter Mitwirkung einer mehr oder weniger giftigen Verbindung (Fäulniss-Zersetzungsstoffe) entstehen.» Sehen wir aber, wie er diese chemischen Infectionsstoffe einführt, so begegnen wir überall nur vermuthenden Behauptungen; pag. 65 heisst es, «für die specifische Wirkung der Infectionspilze möchte ich eine andere Ursache in Anspruch nehmen, das sind die Infectionsstoffe.» Pag. 127, «die Pilze können, wie ich es für möglich und wahrscheinlich erachte, durch einen unorganisirten Krankheitsstoff unterstützt werden.» Alle diese Behauptungen lässt aber Naegeli fallen, sobald er zur Deutung von Thatsachen

kommt und hier muss er seine Pilze in ihr volles Recht einsetzen. Pag. 65 spricht Naegeli von Fäulnisspilzen, die auch Infection bewirken, wenn sie gut ausgewachsen sind, wo also die Annahme anheftender unorganisirter Infectionsstoffe ausgeschlossen werden musste. Den Hauptstoss aber versetzt er in seiner Annahme in der Erklärung des Infectionsvorganges bei den miasmatisch-contagiösen Krankheiten. Er fragt: «Liefert vielleicht der Boden eine bei Fäulniss und Verwesungsprocessen sich bildende chemische Verbindung und die Krankheit einen Pilz,» verneint diese Frage und lässt keine Zersetzungs- und Fäulnissstoffe, die vom Boden in den Körper eindringen und eine miasmatische Disposition erzeugen, gelten; er sieht sich vielmehr genöthigt, durchaus consequent seiner Pilztheorie, einen Pilz anzunehmen, der im Körper eine miasmatische Disposition erzeuge. Diese Disposition ist das Product, oder wie Naegeli sich ausdrückt die «Function» des Pilzes (pag. 40). Weiter sehen wir Buchner, der mit Naegeli zusammen arbeitet, in seiner eifrigen Vertheidigung der Naegeli'schen Theorie, denselben Gedanken aussprechen «die Spaltpilze erzeugen im Blut fortwährend Fäulnissstoffe» (pag. 22). 1879 kommt Naegeli bei der Frage, ob die Gährung innerhalb oder ausserhalb der Hefezelle stattfindet, zu folgender Antwort: «Die Gährungsursache befindet sich im Innern der Hefezelle, aber sie wirkt ziemlich weit über die Zelle hinaus ($^1/_{50}$ Mm.), die Zersetzung des Zuckers erfolgt zum geringen Theil innerhalb und zum grösseren Theil ausserhalb der lebenden Zelle. Wie die Alkoholgährung müssten sich auch andere Gährungen verhalten, also auch die Spaltpilze. Zersetzungen sind synonym mit Spaltpilzen.» Schliesslich muss ich noch Buchner's erwähnen, der in seiner neuesten Publication bei dem Experiment über die Umzucht der Milzbrandbacillen zu Heubacterien folgendes sagt: «Vielmehr liefern diese Versuche den stricten Beweis, dass die Milzbrandbacterien an und für sich die specifische Infection erzeugen und nicht etwaige ihnen anhaftende Krankheitsstoffe.»

Sie sehen aus diesen Ausführungen, dass ein unorganisirter Infectionsstoff neben der Pilzzelle von Nägeli und seiner Schule nicht angenommen wird; derselbe ist nur Product der vitalen Thätigkeit der Pilzzelle, mit einem Wort, die Pilzzellen erzeugen ihn und als solchen habe ich den chemischen Infectionsstoff in meinem Vortrage und in der Discussion in Anspruch genommen. Dieser von der Pilzzelle gebildete Zersetzungsstoff kann dann allerdings das Nährmedium so verändern, dass die Pilzzellen besser darauf gedeihen.»

Dr. Worms äussert, es handele sich ja nicht darum, welche Stellung Dr. Wolferz heute in dieser Frage einnimmt, sondern nur um das, was er damals behauptet, und damals habe er neben den Spaltpilzen keine anderen Stoffe — wie Zersetzungs- und Krankheitsstoffe — bestehen lassen und legte Dr. Wolferz ausdrücklich nur den Pilzen die inficirende Eigenschaft bei. Als nach der Sitzung er dem Dr. Wolferz gegenüber bemerkt, er glaube ziemlich sicher zu sein, dass Naegeli auch ihnen — den Zersetzungs- und Krankheitsstoffen — einen wesentlichen Antheil zuschreibe, habe Dr. Wolferz dieses bedingungslos zurückgewiesen mit der Bemerkung, er habe 4 Mal den Naegeli durchgenommen und wisse, dass davon nichts vorhanden. — Es handelt sich, sagt Dr. Worms, nicht darum, was Buchner behauptet, sondern nur um Naegeli, und eben nicht um die Ansicht seines Schülers: Naegeli werde nun einmal mit den Pilzen allein nicht fertig, dieses lasse sich aus dem ganzen Werk nachweisen und sei deutlich zu ersehen, aus pag. 64, 65 etc etc. Dr. Worms verliest einige Stellen.

Dr. Wolferz hat damals, wie er sagt, den den Pilzen eigenartigen Infectionsstoff gelten lassen, nur den fremdartigen Dr. Worms gegenüber in Abrede gestellt; er verzichtet heute auf jede Discussion. Dr. Worms betont, sein Einwand sei strict und bedingunglos zurückgewiesen.

Dr. Worms verliest seinen Vortrag über die vitalistische Theorie. Nachdem Vortragender über die niederen Pilze Allgemeines gegeben, über die künstliche Cultur etc. gesprochen, spricht er sich am Ende des Kapitels, über die Alkoholgährung, dahin aus, dass zwar vorzugsweise und im Grossen der lebende Hefepilz den Process der Alkoholgährung vollführt, dass jedoch der Alkohol kein ausschliessliches Stoffwechselproduct desselben ist und das man trotz der vielfachsten, umfassendsten Untersuchungen über den Gährungsvorgang die Hauptsache, das «Wie» der Wirkung der lebenden Hefezelle noch nicht zu ergründen vermocht hat.

Nach Besprechung des Fäulnissprozesses äussert sich Vortragender: «Alle die angeführten und sonst gemachten pythologischen Beobachtungen und Experimente, die zwar nicht alle unanfechtbar, zeigen, dass uns eine genügende Kenntniss des Wesens des complicirten Fäulnissprocesses zur Zeit noch vollständig abgeht. Soviel scheint aber gefolgert werden zu dürfen, dass die Fäulniss nicht ausschliesslich von lebenden Organismen abhängig ist, nicht diese die alleinigen Erreger derselben und hiernach die Fäulnissproducte nicht etwa ausschliesslich, häufig auch garnicht ein Erzeugniss des Stoffwechsels der Mikroorganismen sind. Es scheinen vielmehr in erster Reihe, (für die ersten Stadien der Fäulniss) sehr verschiedenartige, ungeformte, chemische Fermente der Organismen selbst, nach dem Tode die Zersetzung der organischen Massen anzuregen und einzuleiten; desgleichen scheinen unabhängig hiervon oder auch gleichzeitig, theils der Sauerstoff der atmosphärischen Luft, theils mit Zersetzungsstoffen imprägnirter Staub oder staubförmige Fäulnisspartikelchen selbst, wohl auch derartig verunreinigte Mikroorganismen — (diese durch Uebertragung der hochgradig fermentirenden Fäulnissstoffe, nicht durch Activität) — die Fäulniss abgestorbener Massen in Gang zu bringen. Erst nachdem durch eine gewisse Decomposition der organischen Materie ein adäquater Nährboden für die niederen Pilze der Luft, des Wassers oder für die im lebenden Körper geruht habenden, geschaffen, scheint in zweiter Reihe, (in den weiteren Fäulnissstadien) deren Thätigkeit zu beginnen und führen diese mit den Factoren der ersten Reihe, schliesslich auch noch in Gemeinschaft mit Infusorien, Räderthieren etc. allmählig den gänzlichen Zerfall der Materie in ihre Endproducte herbei.»

Die Discussion wird der vorgerückten Zeit wegen verschoben.

Sitzung am 17 December 1880.

Dr. Worms verliest den zweiten Theil seiner Arbeit: Ueber die parasitäre Theorie, und kommt zu folgenden Schlüssen: In den chemischen Stoffen der Fäulnisssubstanzen und zwar vorherrschend in denen der ersten Fäulnissstadien, die sich meist unabhängig von dem Leben der Mikroorganismen bilden, besteht wahrscheinlich das Gift, welches unter besonderen Verhältnissen frischen Wunden zugeführt die veschidenen Formen der accessorischen Wundkrankheiten herbeiführt. Dieses Gift haftet besonders an allen mit Zersetzungsstoffen in Berührung gekommenen Gegenständen — es kann desgleichen dem Staube der Luft, den in der atmosphärischen Luft im Wasser u. s. w. in reichster Menge vorhandenen Mikroorganismen anhängen und können alsdann auch diese als Infectionsträger, nicht als Giftproducenten, wenn auch viel seltener als erstere, Infection erzeugen. Auf frischen Wunden oder im Innern erkrankter Körpertheile angesiedelt, können die Spaltpilze durch Vermehrung und durch ihre Stoffwechselprocesse zur Bildung deletärer chem. Stoffe mit beitragen, — können durch allseitige Ausbreitung und Fortentwickelung in dem sich nicht unter normalen physiologischen Verhältnissen befindlichen Organismus direct, als Individuum, auf diesen schädigend einwirken. Es sind somit die bei den accidentellen Wundkrankheiten im thierischen und menschlichen Körper anzutreffenden Spaltpilze, meist nicht als Ursache der Krankheit, sondern nur durch Darbietung eines entwickelungsfähigen (pathologischen) Nährbodens, als die Folge derselben anzusehen. — Schliesslich bespricht Vortragender die «offene» und Lister'sche Wundbehandlung, unterzieht speciell den Spray einer Betrachtung und glaubt den Werth desselben als fraglich bezeichnen zu müssen. Das A und Z der Wundbehandlung bestehe vorherrschend in der Fernhaltung jeder Spur von Zersetzungsstoffen, d. i. in der scrupulösesten Sauberkeit, in der Erfüllung aller rationellen Regeln. —

Dr. Hampeln ist Anhänger der parasitären Theorie, er hält sie für so vorzüglich begründet, wie wenige in der Naturwissenschaft; die Erklärung, ein lebender Organismus sei die Ursache der Infectionskrankheiten, scheint ihm die einzig richtige. Dr. Hampeln wendet sich gegen den Ausspruch Dr. Worms' «Fäulniss komme auch ohne Bacterien vor;» es sei unzweideutig durch Experimente erwiesen, dass die Bacterien, die in der Luft vorhanden, die Fäulniss hervorrufen. Gährung und Fäulniss seien entschieden fermentative Processe, was wohl von Allen anerkant; sie kommen zu Stande durch einen als Ferment bezeichneten chemischen Stoff; von Nachweis sei keine Rede, wo es aber nachgewiesen, ist es allemal das Product eines lebenden Wesens. Will man dieser Anschauung nicht beipflichten, so bleibe nur die Annahme übrig, dass thierische und pflanzliche Fermente die Ursache. Mit dem Wort «Ferment» sei nichts gesagt, Fermente können nur von einem lebenden Organismus gebildet werden, ein todter Körper könne kein Ferment bilden. — Dr. Worms hält seinen Ausspruch aufrecht; es ist oft nicht gelungen, sagt er, in den Anfangsstadien der Fäulniss Bacterien nachzuweisen; findet man aber keine Bacterien bei vorhandener Fäulniss, so muss diese doch durch etwas Anderes bedingt sein. Ob man das die Fäulniss Bedingende, Ferment oder Zersetzung anregenden Stoff nennt, ist im Ganzen gleichgültig, jedenfalls müsse man bei Abwesenheit von Bacterien einen solchen annehmen. — Dr. Hampeln zweifelt daran, dass Fäulniss ohne Bacterien bestehe, d. h., ob es sich in diesem Fall dann überhaupt um Fäulniss handele; so mache z. B. das Eiweiss, das aus dem thierischen Organismus ausgeschieden ist, Umwandlungsprocesse durch, — dieses könne man doch nicht Fäulniss nennen. Fäulniss ist, sagt Dr. Hampeln, nicht etwas selbstständiges, Fäulniss ist nicht ein chemischer Process ohne Einwirkung des Lebens, nur in Folge von Einwirkung lebender Organismen kommt sie zu Stande, und ist wesentlich durch diese bedingt. Wo keine Bacterien, auch keine Fäulniss! — Dr. Worms wendet dagegen ein, Dr. Hampeln nimmt Zersetzungsprocesse todter organ. Körper ohne Einfluss von Bacterien an, nennt dieselben aber erst dann Fäulniss, wenn niedere Organismen nachzuweisen; dieses sei nun eine ganz willkürliche Annahme, da der mit dem Moment des Todes beginnende fort und fortschreitende chem. und physikalische Zerfall der organ. Masse, einerlei ob Spaltpilze vorhanden oder nicht, schon von Hause aus als Fäulniss bezeichnet werden müsse. — Dr. Kroeger nennt den Zerfall eines organ. Stoffes nicht Fäulniss; es handle sich einfach um eine chem. Auflösung organ. Materie nach dem Aufhören des Lebenseinflusses — die Materie verfalle den chem. Affinitäten; — in der Regel ist es Fäulniss, braucht es aber nicht zu sein; für Fäulniss sei der Gestank ein wesentliches Erforderniss. — Dr. Worms hält es für absolut unmöglich, den Geruchsnerven die Entscheidung überlassen zu wollen, ob es sich um Fäulniss in einem Fall handele oder nicht.

Tagesereignisse.

— Dr. Billings, welcher bekanntlich als Delegirter der Vereinigten Staaten an dem internationalen Congress in London theilnahm, hielt sich, von London kommend einige Tage in St. Petersburg auf und machte von hier aus auch einen Ausflug nach Moskau. Von einem kleineren Kreise hiesiger Aerzte wurde ihm zu Ehren ein Diner veranstaltet.

— Wie wir erfahren, ist der Delegirte Russlands an dem internationalen pharmaceutischen Congresse, Mag. Martenson, zu einem der drei Vicepräsidenten der Commission gewählt worden, welche die internationale Pharmacopoe ausarbeiten soll.

— In Gratz ist der Professor der Anatomie Dr. Planer gestorben.

— Frau Skworzowa, welche bei der Pariser medicinischen Facultät den Doctorgrad erlangt hat, ist neuerdings von der medicopsychologischen Gesellschaft in Paris zum activen Mitgliede erwählt worden.

Miscellen.

— Bei dem Diner, welches in den letzten Tagen des Februar in St. Petersburg dem durchreisenden Prof. Charcot zu Ehren gegeben wurde, war unter den Tischreden eine von Dr. Ragosin gehaltene besonders beifällig aufgenommen worden und auszugsweise auch in der Tagespresse mitgetheilt. Diese Rede war einer Verherrlichung der «französischen Wissenschaft» gewidmet, welcher die «russische» sich anschliesse, indem sie sich von der «deutschen» Lehrmeisterschaft emancipirt habe. Dabei kam die deutsche Wissenschaft schlecht weg und in gewissen Gruppen der Tischgesellschaft wurden die Rufe «fort mit den Deutschen» sehr laut. — Wir haben damals mit Absicht den Vorfall unerwähnt gelassen, denn die «deutsche Wissenschaft» hat wahrlich keine Vertheidigung nöthig gegen Angriffe dieses Kalibers. Die Missstimmung aber, die sich bei dieser Gelegenheit gegen die Deutschen überhaupt bei einem Theil der Gesellschaft manifestirte, zum Gegenstand der Polemik machen, das lag uns erst recht fern, denn unserm Blatt ist mit collegialischen Dissonanzen durchaus nicht gedient. Wir bringen diese bereits halbvergessene Episode jetzt nur desshalb zur Sprache, weil wir uns freuen auf eine Zurückweisung der erwähnten Angriffe auf die deutsche Wissenschaft in einer russischen Zeitschrift aufmerksam machen zu können. Der «Wratsch», augenblicklich das bedeutendste medicinische Wochenblatt Russlands, bringt in seiner № 32 unter Miscellen eine Ehrenrettung der deutschen Wissenschaft — allerdings etwas spät und etwas zahm, — immerhin nehmen wir gern davon Act.

— Die «Allg. med. Central-Zeitung» bringt aus Odessa die Mittheilung, dass Dr. Fricker daselbst vor Kurzem eine *Hepatotomie* vollzogen, bei der en dritten Theil der Leber entfernt haben soll!

— Der neue Tanner, Mr. Griscom in Chicago, hat seine 45-tägige Fastenprobe beendigt. Er soll zu Ende derselben sich anscheinend gut befunden haben.

— Hudson (Brit. med. J.) berichtet einen Fall raschester Genesung einer schweren Belladonna-Vergiftung durch einmalige subcutane Injection von Physostigmin. Acht Stunden nach der Vergiftung lag P. noch bewusstlos da, — Injection, — 5 Minuten danach Wiederkehr des Bewusstseins, nach weiteren 5 Min. fühlte Pat. sich bereits wieder wohl.

— Von dem *«Anzeiger der Mineralbäder in Staraja Russa»* ist mit der № 14 bereits die letzte Wochennummer dieses Jahrganges erschienen, da die Badesaison ihr Ende erreicht hat. Der Redacteur Dr. Weber theilt an der Spitze dieser Nummer mit, dass er entschlossen sei, den Badeanzeiger auch in der nächsten Saison herauszugeben, ungeachtet dessen, dass ganz abgesehen von der aufgewandten Mühe die Ausgaben für die Herstellung des Blattes durch die Einnahmen in diesem Jahre kaum zur Hälfte gedeckt sind. Er hoffe aber auf die Theilnahme nicht allein der Badegäste, sondern auch der beständigen Einwohner der Stadt, sowie aller derjenigen, welche sich für die Entwickelung der einheimischen Bäder interessiren, namentlich auch der Aerzte. Die Redaction beabsichtigt im nächsten Jahre den Abonnenten des Blattes für den mässigen Abonnementspreis von 1 Rbl. (per Post 1 Rbl. 25 Kop.) noch einen «Badeführer für Staraja Russa» als Gratisprämie zukommen zu lassen.

Die verflossene Badesaison in Staraja Russa kann eine recht belebte genannt werden, denn die Zahl der angereisten Badegäste mit Kindern und Dienstpersonal zusammen betrug nach dem «Badeanzeiger» 2,639 Personen, darunter 416 dem Militärdienste angehörige.

— Geh. Medicinalrath Prof. Dr. Beneke wird, wie wir der «Deutsch. med. Wochenschrift» entnehmen, von Mitte September an auf der Insel *Norderney* (in der Nordsee) anwesend sein und ist gern erbötig, geeignete Kranke unter seine Obhut zu nehmen. Findet sich bis Ende October eine genügende Anzahl von Kranken zusammen, welche auf Norderney zu überwintern bestimmt und geeignet sind, so wird er denselben den ganzen Winter hindurch zur Seite bleiben. Die Kranken, welche B. auf Grund seiner bisherigen Erfahrungen für den Winteraufenthalt auf Norderney für vorzugsweise geeignet hält, sind jugendliche, im Beginn der Lungenerkrankung stehende Phthisiker, scrophulöse Kranke schwerer Art (mit ulcerirten Lymphomen, Osteomyelitis, hartnäckigen Schleimhautaffectionen der Respirationsorgane, des Auges, der Ohren u. s. w.), sowie endlich Individuen mit jener allgemeinen constitutionellen Schwäche, auf Grund welcher eine längere Erhaltung des Lebens zur Unwahrscheinlichkeit wird und wie sie sich in allgemeiner Widerstandslosigkeit gegen atmosphärische Einflüsse, schwache Entwickelung des Knochensystems, anämischem Colorit, schwacher Muskelentwickelung, abnormer Reizbarkeit des Nervensystems u. s. w. ausspricht. Anmeldungen solcher Kranken müssen spätestens bis zum 1. October an Professor Beneke gelangen, welcher zu jeder Auskunft insbesondere auch in Betreff passender Wohnungen, bereit ist. Prof. Beneke stellt seine ärztliche Leitung und Behandlung jedem Kranken unentgeltlich zur Disposition und übernimmt dabei die volle Verantwortung dafür, dass bei irgend ungünstigem Erfolge des Aufenthalts für diesen oder jenen Kranken die Heimkehr desselben unter Beachtung aller Vorsichtsmaassregeln stattfindet. Er verspricht sogar im gewünschten Falle an die behandelnden Aerzte regelmässige Berichte über das Befinden der einzelnen Kranken gelangen zu lassen.

Wir wollen diesen von der wärmsten Humanität und dem lebhaftesten wissenschaftlichen Interesse dictirten Plan des Prof. Beneke auch unseren ärztlichen Kreisen zur Beachtung und grösstmöglichster Förderung empfehlen.

Personal-Nachrichten.

Amtliche.

— *Ausländischer Orden:* Seine Majestät der Kaiser hat dem wirklichen Staatsrath Kudrin, Flagmanns-Doctor der baltischen Flotte und Ehren-Leibchirurg des Kaiserlichen Hofes, den ihm von S. M. dem Micado verliehenen *Orden der aufgehenden Sonne II. Cl.* anzunehmen und zu tragen gestattet.

— *Befördert: Zum Staatsrath*: Der Oberarzt des Marinehospitals zu Wladiwostok, Baumbach und der jüng. Ord. der Abtheilung für Geisteskranke beim Nicolai-Militärhospital, Frank.

— *Ernannt*: Dr. med. Nassilow, ält. Arzt des Militärhospitals Borochudsirsk — zum ausserordentl Professor der Kaiserlichen militär-medicinischen Academie; Staatsrath Bergmann, ält. Arzt des L.-G.-Husaren-Regiment Seiner Majestät — zum Divisionsarzt der 24. Infanterie-Division; Dr. med. Glinski, ält. Ord. beim Nikolai-Militärhospital — zum Verweser der Abtheilung für Geisteskranke bei diesem Hospital; Dr. med. Pacholkow, ält. Ord. des Militärhospitals zu Omsk — zum ält. Arzt des sibirischen Militärgymnasiums; Dr. med. Danini — zum jüng. Arzt des 1. Petersburger Militärgymnasiums; Dr. med. Kubli, Consultant der Heilanstalt der Philantropischen-Gesellschaft — zum jüng. Ord. des Alexander-Hospitals, mit Belassung in seiner bisherigen Stellung; Dr. med. Hörschelmann, Assistenzarzt beim Nikolai-Kinderhospital — zum ausseretatm. Ord. beim Alexander-Hospital; Dr. med. Werewkin, Assistent bei der gerichtl.-medicin. Abtheilung des klinischen Militärhospitals — zum ausseretatm. ält. Medicinalbeamten beim Medicinal-Departement und Dr. med. Chmelewski, ält. Arzt des 3. Ulanen-Regiments Seiner Majestät — zum Divisionsarzt der 3. Cavallerie-Division.

— *Beurlaubt:* Geheimrath Kabat, Leiboculist des Kaiserlichen Hofes und ständiges Mitglied des militär-medicinischen gelehrten Comites — auf sechs Monate zu wissenschaftlichen Zwecken in's Innere des Reichs und in's Ausland, und Dr. med. Grimm, ält. Arzt des L.-G -Jäger-Regiments — auf zwei Monate nach Bulgarien.

— *Als verstorben aus den Listen gestrichen*: Dr. med. Günter, Divisionsarzt der 3. Cavallerie-Division.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 16. August 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	633	269	902
Alexander- «	475	153	628
Kalinkin- «	—	437	437
Peter-Paul- «	282	141	423
St. Marien-Magdalenen-Hospital	153	73	226
Marien-Hospital	293	233	526
Ausserstädtisches Hospital	349	133	482
Roshdestwensky-Hospital	32	19	51
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	284	107	391
6 zeitw. Hospitäler	635	140	775
Ausschlags-Hospital	4	3	7
Summa der Civilhospitäler	3140	1708	4848

Nikolai-Kinder-Hospital	27	14	41
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	50	46	96
Elisabeth-Kinder-Hospital	16	20	36
Summa der Kinderhospitäler	93	80	173
Nicolai-Militär-Hospital	398	17	415
Ssemenow'sches Militär-Hospital	116	—	116
Kalinkin-Marine-Hospital	185	—	185
Gesammt-Summa	3932	1805	5737
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	1172	318	1490
Scarlatina	10	5	15
Variola	9	2	11
Venerische Krankheiten	501	435	936

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 9. bis 16. August 1881 besucht von 2259 Kranken, darunter zum ersten Mal von 922.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs

für die Woche vom 2. bis 8. August 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 550 Todtgeborene 23). — Mortalität 43,64 p. M.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
334	216	550	106	43	73	17	8	15	75	59	57	41	24	17	8	7

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 14, Typh. abd. 22, Febris recurrens 27, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 5, Masern 1, Scharlach 9, Diphtheritis 15, Croup 2, Keuchhusten 4, Puerperalkrankheiten 6, Dyssenterie 7, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 12.

— Gehirnapoplexie 10, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 14, andere Gehirnkrankheiten 20, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 16, acute Entzündung d. Athmungsorgane 28, Lungenschwindsucht 81, andere Krankheiten der Brustoberfläche 5, Gastro-intestinal-Krankheiten 138, andere Krankheiten der Bauchhöhle 12, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 32, Marasmus senilis 17, Cachexia 28.

— Tod durch Zufall 15, Selbstmord 2. Mord 0.

— Andere Ursachen 6.

Adressen von Krankenpflegerinnen.

Anna Karlowna Mordwin, у Чернышева моста, № 68, кв. 5.
M. Jakimowa, Гороховая, № 77, кв. 15.
Elis. Iwan. Njemtschinowa, На Пескахъ, 7 улица, № 8, кв. 4.
Amalie Schulz, На углу Вознесенскаго и Екатерингофскаго просп., д. Лихачева, № 37/6, кв. 37.
Frl. Helena Fedorowna Stepanenko (Hebamme u. barmherz. Schwester), Почтамтская ул., № 11, кв. 17.
Аполинарія Егоровна Щепоткина (Hebamme) Новая ул., № 11, кв. 28.
Frl. Rasmussen, Обводный каналъ (на углу Измайловскаго просп.) № 21, кв. 30.
Frl. Nürnberg, Мал. Конюшенная, № 1/3, кв. 50.
Frau Eurich, На углу М. Итальянской и Эртелева пер., д. кн. Масальской, № 1/12, кв. 19.
Elisab. Karlowna van der Vliet (Hebamme und Krankenpflegerin) На углу большой Мастерской и Торговой улицѣ, д. № 11/7, кв. 10.
Frau A. Jordan, Введенская ул., д. Зонтикова, кв. № 2.
Anna Andrejewna Bitt, Свѣчной переулокъ, д. № 8, кв. 10.
Anna Nikolaewna Nikolaewa, у Пустаго рынка, Рыночная ул., д. Пыльнева № 8, кв. 5.
Elis. Wass. Ospitschewa, Невскій просп. д. № 110, квар. № 11.
Caroline Krause, Измайловскій полкъ, 3 рота, домъ Общества дешев. кварт., № 7, комн. № 90.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 21 Августа 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh., Newskij-Prosp. № 5

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

ST. PETERSBURGER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg, Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 35. St. Petersburg, 29. August (10. September). 1881.

Mittheilungen über Stickstoffinhalationen bei Lungenkrankheiten nach Dr. G. Trentler.

Von

Ernst Berg,

Ordinator des Permschen Gouvernementslandschaftshospitals.

Dr. G. Trentler machte zuerst in der «Berliner klinischen Wochenschrift» (№ 12, 1878) eine vorläufige Mittheilung über Stickstoffinhalationen und theilte 8 Fälle mit; hierauf erschien von ihm eine kleine Broschüre «die Herstellung und Anwendung seiner Stickstoffinhalationen gegen Lungenkrankheiten erläutert von Dr. Trentler, Dresden 1879», über welche in der «Berliner klinischen Wochenschrift» in № 16 vom Jahre 1879 referirt wurde, dann machte Dr. Krall in Güstrow, Mecklenburg in № 10 von 1880 derselben Wochenschrift seine Erfahrungen über Stickstoffinhalationen nach Dr. Trentler bekannt, die ebenso günstige Resultate aufwiesen, wie sie schon Dr. Trentler zu berichten hatte. Auch Prof. Waldenburg in seinem Werke, «die pneumatische Behandlung der Respirations- und Circulationskrankheiten», zweite Auflage 1880, bespricht die Stickstoffinhalationen und sucht ihre Wirkungsweise der Wirkung des Höhenklimas anzureihen. Jedoch früher noch als Dr. Trentler hat Dr. Brügelmann in Inselbad bei Paderborn den günstigen Einfluss der Stickstoffinhalationen auf Lungenkranke beobachtet und dieser günstige Einfluss veranlasste auch Dr. Trentler auf eine Methode zu sinnen, die es ermöglichte an jedem Orte die Stickstoffinhalationen ausführen zu können. Da es mir nicht gelang einen Trentler'schen Apparat anzuschaffen, so construirte ich mir im December des vorigen Jahres einen ähnlichen, und da bei der Untersuchung mit dem Hempel'schen Apparat es sich erwies, dass der atmosphärischen Luft durch meinen Apparat der Sauerstoff auf kaltem Wege fast vollständig entzogen wird, so zögerte ich nicht länger an Kranken den Versuch mit Stickstoffinhalationen zu machen und die Versuche gelangen über alle Erwartungen. Der erste Kranke, der sich einer methodischen Behandlung mit Stickstoffinhalationen unterzog, war der Feldscherer des Permschen Alexanderhospitals.

G. P. hat im vorigen Jahre im Monate Mai Blut im Sputum bemerkt und hustet recht häufig. Er gebrauchte den Sommer über Kumyss und lebte 2 Monate auf dem Lande, im Herbste hatte er sich ganz gut erholt und versah seinen Dienst im Hospital. Im November erkrankte er wiederum, hustete stark und im Anfange December trat sogar heftiges Blutspeien auf und hielt mehrere Tage an, bald heftiger, bald geringer werdend. Im Januar dieses Jahres erholte der Kranke sich soweit, dass er wiederum seinen Dienst versah, nur war er sehr abgemagert und schwach. Den 2. Februar stellte er sich mir in meiner Wohnung vor. Die angestellte Untersuchung ergab Folgendes: P. ist 28 Jahre alt, 162 Centimeter hoch, ziemlich breit gebaut. Beim tiefen Aufathmen bleibt die rechte Toraxhälfte ein wenig zurück, der Stimmfremitus ist rechts verstärkt, bei der Percussion erweist sich rechts über und unterhalb der Clavicula der Schall ein wenig gedämpft, bei der Auscultation hört man rechts über der Clavicula schwaches Bronchialathmen, unter dem Schlüsselbein unbestimmtes Athmen, linkerseits unter dem Schlüsselbein feines Rasseln, die Temperatur 38,3. Die pneumatometrische Messung ergiebt Inspiration 25, Exspiration 55, Spirometer 2860, Körpergewicht mit den Kleidern 150 Pfund. Die Stickstoffinhalationen wurden ausgeführt mit dem Schwabe-Waldenburg'schen Doppelapparat und am ersten Tage 5% mit 10 Pfd. Gewicht = $^1/_{120}$ Atmosphärendruck und 3 Cylinder, den folgenden Tag schon 10% mit 20 Pfd. oder $^1/_{60}$ Atmosphärendruck; da der Patient eben eine ruhigere Nacht gehabt zu haben glaubt, wurde zugleich auf 5 Cylinder gestiegen, darauf wurde der Stickstoffgehalt noch bis auf 15% erhöht ohne eine üble Wirkung zu beobachten, im Gegentheil, der Husten hörte bald in der Nacht vollständig auf,

der Schlaf wurde tief und ruhig, der Appetit nahm bedeutend zu und in Folge dessen hatte Patient im Laufe von 2 Wochen um 5 Pfd. an Körpergewicht zugenommen. Gegenwärtig fühlt sich der Kranke ganz wohl und hat längst schon, von Mitte Februar an, die Inhalationen eingestellt; er hustet fast gar nicht, nur ab und zu am Morgen ein kleines Räuspern um ein wenig Schleim zu entfernen. Bis jetzt, Ende Mai, hat der Kranke im Ganzen um $11^1/_2$ Pfd. Körpergewicht zugenommen und ist in dieser ganzen Zeit gesund gewesen, trotzdem, dass der Mai in diesem Jahre bedeutende Temperaturschwankungen dargeboten hat; bei der letzten Untersuchung war keine Dämpfung rechts nachzuweisen, ebenso konnte kein Bronchialathmen mehr constatirt werden.

Noch einen grösseren Erfolg bewirkten die Stickstoffinhalationen bei einem zweiten Patienten. A. D. trat den 27. November 1880 in das hiesige Alexanderhospital ein. Er klagte damals über Schmerzen in der Brust und Blutspeien. Bei der Untersuchung erwies sich, dass der Kranke 26 Jahre alt, von mittlerer Grösse und regelmässig gebaut ist. Die Ernährung noch ziemlich gut, die Stimme belegt, fast heiser. Bei der Percussion ist an beiden Lungenspitzen der Ton etwas gedämpft. Die Auscultation erweist oberhalb des Schlüsselbeins leises Bronchialathmen, linkerseits hinten unten verbreitetes feinblasiges Rasseln. Der Thorax erweitert sich beim tiefen Aufathmen gleichmässig, der Stimmfremitus rechts verstärkt. Die Temperatur war in den ersten Tagen 38, darauf normal, um wiederum bis auf 38,4 zu steigen. Das Blutspeien dauert bis zum 2. December, darauf vom 8.—11. December starker Durchfall und wiederum ein wenig Blut im Sputum, welches bis zu seinem Austritt aus dem Hospital, den 13. December, aus dem Sputum nicht ganz verschwindet. Zum zweiten Male trat der Kranke in's Hospital ein am 22. März 1881 mit kolossalem Blutspeien, im Laufe des Nachmittags wird ein grosses Speibecken über die Hälfte mit blutigem Schleim und reinem Blute gefüllt. Dieses Blutspeien hält in geringerem Grade bis zum 28. März an. Der Kranke ist sehr schwach geworden, es traten Nachtschweisse auf, der Appetit liegt sehr darnieder. Die Fiebererscheinungen sind ziemlich andauernd, es wird die Temperatur von 39,6 erreicht, grosse Gaben Chinin setzen die Temperatur herab, doch steigt sie am 8. und 9. April wieder bis 38,3 und 38,8. Der Kranke liegt fast beständig zu Bette, das Gehen fällt ihm schwer, der Athem reicht dazu nicht aus. In diesem trostlosen Zustande erzählt ihm der Feldscherer P., dass in meinem Besitze ein pneumatischer Apparat sich befindet, welcher ihm ausgezeichnete Dienste geleistet habe, und räth dem Kranken das Hospital zu verlassen und mich zu bitten, ihn, den Kranken, mit Stickstoffinhalationen zu behandeln. Den 12. April bittet D. trotzdem er sich sehr schwach fühlt ausgeschrieben zu werden. Den 16. April fand die erste Sitzung mit Stickstoffinhalationen statt. Die Untersuchung ergab Folgendes: D. ist 160 Centimeter hoch. Die pneumatometrische Messung: Inspiration 30, Exspiration 70; die spirometrische 2002 Cubikcentimeter, nach 10 Sitzungen 2574. Der Thorax ist gut gebaut, bei tiefer Inspiration heben sich die beiden Brusthälften ziemlich gleichmässig, der Stimmfremitus rechts verstärkt, bei der Percussion ist rechts oberhalb der Clavicula der Ton etwas gedämpft und dort hört man auch bei der Auscultation deutliches Bronchialathmen; unter dem Schlüsselbein ist das Bronchialathmen leiser, linkerseits ober- und unterhalb des Schlüsselbeins verschärftes Athmen. Den 20. April ist das Gewicht des Kranken mit den Kleidern 121 Pfd., den 24. April hat es schon um 2 Pfd. zugenommen. Den 6. Mai wiegt der Kranke $128^1/_2$ Pfd., hat also in 16 Tagen um $7^1/_2$ Pfd. an Körpergewicht zugenommen. Es wurde jeden Tag eine Sitzung verordnet, in welcher jedes Mal 5 Cylinder mit 10% Stickstoff verbraucht wurden bei 20 Pfd. Druck oder $^1/_{60}$ Athmosphäre, später mit 15—20% Stickstoff unter demselben Drucke. Der Kranke fühlte sich bald bedeutend kräftiger, der Husten hatte rasch in der Nacht fast ganz aufgehört, wurde leichter und erforderte weniger Anstrengung. Den 10. Mai fand der Kranke selbst, dass das Sputum weniger eitrig gelb, sondern mehr schleimig und bedeutend geringer geworden sei. Er machte täglich recht weite Spaziergänge, bis zu einer Werst ohne besondere Ermüdung zu spüren. Bis zum 14. Mai setzte er die Stickstoffinhalationen fort und fuhr darauf auf's Land. Während der Inhalationen zeigte sich nur ab und zu ein wenig Blut im Sputum in Form von kleinen Aderchen, die Inhalationen wurden nicht ausgesetzt und diese Blutspuren verloren sich zuletzt vollständig, sind auch bis zum 10. Juni, wo ich die letzte Nachricht erhielt, nicht wieder aufgetreten.

Ausser diesen beiden Fällen habe ich noch mehrere Kranke (12) mit akuten und chronischen Bronchialkatarrhen und chronischen Pneumonien mit Stickstoffinhalationen behandelt und stets in kurzer Zeit, in 4—6 Tagen, vollständiges Aufhören des Hustens oder bedeutende Besserung des Allgemeinzustandes und Verringerung des Hustens beobachtet. Ich selbst litt den ganzen vergangenen Winter an beständigem Hüsteln. Im Februar fühlte ich mich recht unwohl, das Athmen fiel mir schwer, die Temperatur war am 16. Februar Abends 40,3, den Tag darauf am Morgen 39,4 in der Nacht unruhiger Schlaf, durch recht heftige Hustenanfälle unterbrochen. Am Abende des 17. Februar nahm ich Gr. X Chinin und den Tag darauf 2 Mal täglich zu je 2 Cylinder 20% Stickstoffinhalationen mit 20 Pfd. Druck. Nach 3 Tagen bedeutend freieres Athmen. Der Husten viel geringer, in der Nacht fast gar nicht, Temperatur normal, Appetit und Schlaf gut. Darauf täglich einmal am Abende 4 Cylinder Stickstoffinhalationen. Nach 8 Tagen ist der Husten vollständig verschwunden und bis jetzt nicht wiedergekehrt. Während der ganzen Behandlungsdauer bin ich täglich im Freien gewesen, gegangen und gefahren, ganz wie in gesunden Tagen. Alle diese Kranken haben während der Stickstoffinhalationen auch nicht einen Gran Arzenei erhalten.

Diese wenigen Fälle mache ich deshalb bekannt um die Aufmerksamkeit der Herren Collegen auf ein Mittel zu lenken, welches wirklich verdient, soviel wie möglich verbreitet zu werden, denn kein Mittel wirkte so Ausgezeichnetes in so kurzer Zeit. Ich stimme vollständig Dr. Trentler bei und mache auf die Vortheile dieser Methode aufmerksam, indem ich dieselben Puncte wörtlich anführe, die Dr. Trentler für seine Methode in seiner obengenannten Broschüre aufzählt, er schreibt nämlich: «Die Vortheile meiner Methode glaube ich in folgenden Punkten finden zu sollen:

1) In der leichten Einführbarkeit aller Orten, wodurch auch Minderbemittelten sie zugänglich sind. Hospitäler, Privatärzte — namentlich Specialisten — nicht blos, nöthigenfalls Familien können sie im eigenen Hause (natürlich unter ärztlicher Leitung) anwenden. Darauf folgt

2) die sofortige Verwendbarkeit beim ersten Beginn der Erkrankung, ein Vorzug von unbestreitbarer prognostischer Wichtigkeit;

3) die Vermeidung des Heimweh, jenes schlimmen Factors, den die Trennung von Heimat, Haus und Familie, man kann hinzusetzen Amt, im Gefolge hat;

4) in der verhältnissmässigen Kürze der durchschnittlichen Curdauer, sowie darin, dass ein Nichterfolg sich bald genug herausstellt, um etwa nöthige andere Curen anzuordnen;

5) in der Möglichkeit, alle anderen Curmittel damit zu verbinden, als: Medicamente, Brunnen- und Milchcuren, Gymnastik, Bäder, Luftcuren u. s. w.;

6) im Individualisiren, d. h. der Möglichkeit jedem Einzelfall entsprechend, Modification der Qualität und Quantität des Inhalationsgases eintreten zu lassen;

7) in der leichten Ausführbarkeit etwa nöthiger Wiederholung der Cur, sobald Verschlimmerung (Recidive) eintreten, und zwar zu jeder Jahreszeit;

8) in der verhältnissmässigen Billigkeit des Verfahrens, besonders bei privater Anwendung desselben;

9) endlich, und dies Moment halte ich für ein ganz besonders wichtiges, in dem Umstande, dass die Kranken nicht desacclimatisirt werden».

Schwanzbildung bei einem Erwachsenen.

Mitgetheilt von

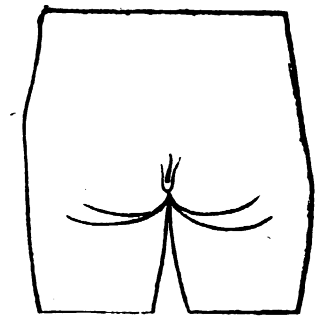
Dr. M. Braun.

(Dorpat.)

Im November verflossenen Jahres hatte ich Gelegenheit einen interessanten Fall von rudimentärer Schwanzbildung bei einem hier ausgehobenen Rekruten estnischer Nationalität zu beobachten, auf den ich aus mehrfachen Gründen die Aufmerksamkeit der ärztlichen Welt Russlands lenken möchte; gehören doch derartige Bildungen bis jetzt noch zu den grossen Seltenheiten, obgleich, wie wohl zu erwarten ist, bei grösserer Aufmerksamkeit die Zahl der Fälle sich vermehren wird, deren genaueste Beschreibung und Untersuchung anzustreben ist.

In unserem Falle handelt es sich um einen 21-jährigen Esten, W. Möddaroigas aus Schloss Sagnitz im Dörptschen Kreise, der schon bei gerader Haltung die Anomalie in seiner Steissgegend erkennen liess; die Nates berühren sich über dem Kreuz- und Steissbein in der Mittellinie nicht, sondern werden durch einen 2—2,5 Ctm. breiten Streifen Körpermasse von einander getrennt, die bei aufrechter Stellung senkrecht verläuft und nach hinten (unten) zu in einen kleinen, aus der Umgebung hervorragenden Zipfel ausläuft; derselbe weicht etwas nach links ab und führt eine ebenfalls links gerichtete Hautfurche, deren Ränder sich berühren und beim Auseinanderziehen erkennen lassen, dass der hintere (untere) Theil der Furche in einen kleinen Blindsack sich fortsetzt. Kopfwärts verstreicht die im Ganzen 22—25 Mm. lange Furche allmählig, während sie hinten einige Millimeter vor der Spitze des Zipfels endet.

Durch die Untersuchungen von Al. Ecker (Arch. f. Anthropologie, Braunschweig. Bd. XV), über welche auch in dieser Wochenschrift (№ 5. 1881) referirt wurde, ist das Vorkommen solcher auf dem Steissbein verlaufender Furchen oder Grübchen nicht blos bei menschlichen Embryonen als normal nachgewiesen worden, sondern auch deren Erhaltenbleiben bei zahlreichen Erwachsenen; auch hier haben wir in der Rinne die sogenannte Steissbeinglaze und in dem Blindsäckchen das erhalten gebliebene Steissbeingrübchen zu sehen.



Weit auffallender und wichtiger als diese embryonalen Ueberbleibsel ist die Thatsache, dass man beim Betasten des Zipfels in demselben zweifellos Knochen fühlen kann; es lassen sich leicht die drei hintersten Steissbeinwirbel abgrenzen, von denen der letzte und ein Theil des vorletzten im Zipfel selbst gelegen ist. Bei der Untersuchung mit dem Finger ergiebt sich dann fernerhin, dass es leicht möglich ist, die Haut ventral vor dem Steissbein weit hinaufzuschieben und dabei den graden und senkrechten Verlauf dieses Knochens zu konstatiren. Leider waren die umliegenden Weichtheile zu dick, um mehr über die Zahl der Steisswirbel sowie über das Verhalten des Kreuzbeins zu ergeben, namentlich die Unkenntniss des ersten Punktes ist sehr zu bedauern.

Noch sei erwähnt, dass beim Niedersetzen auf einen gepolsterten Stuhl der Zipfel zwischen den beiden Nates eine kleine Impression im Polster verursachte, obgleich er nun noch mehr nach links als in aufrechter Stellung abwich. Zweifellos ist dieser von der Mittellinie abweichende Verlauf erst secundär entstanden: da der Zipfel über das Niveau der Nates beim Sitzen hervorragt, musste er entweder nach vorn oder einer der beiden Seiten in sitzender Stellung abgelenkt werden, bis er auf gleichem Niveau mit den Nates resp. den von Weichtheilen überzogenen Tubera ischii war und einen dritten Stützpunkt beim Sitzen darbot.

Auch der grade Verlauf des Steissbeins ist als ein embryonales Verhalten zu bezeichnen, da nach den Untersuchungen von Al. Ecker (l. c.) menschliche Foetus diese Stellung des Endabschnittes der Wirbelsäule regelmässig zeigen.

Geht man mit der Untersuchung der Steissgegend bei menschlichen Embryonen noch weiter zurück, so ergeben sich Verhältnisse, welche für die Beurtheilung des hier vorliegenden Falles von Bedeutung sind; Ecker hat bereits in seinen Icones physiologicae darauf aufmerksam gemacht, dass bei ganz jungen Embryonen des ersten Monats die Körpermasse jenseits der hinteren Extremitäten in einen sich zuspitzenden Fortsatz ausläuft, den Ecker mit vollem Recht *einen Schwanz* nennt; über das Verbleiben dieses Schwanzes hat derselbe Autor namentlich in der zuerst angeführten Arbeit (Arch. f. Anthrop. Bd. XII) Angaben gemacht und durch Illustrationen erläutert, aus denen ersichtlich ist, dass unter theilweiser Reduction dieser Schwanz

allmählig in die Umgebung ganz aufgenommen wird, lange Zeit jedoch aus derselben als *Steisshöcker* hervorragt; Schnitte in der Mittellinie zeigen dann den gestreckten Verlauf des Steissbeins, das bis an die Spitze des Steisshöckers reicht und auch nach Verschwinden desselben noch in dieser Richtung verbleibt. *Im Wesentlichen* sind diese Resultate auch von anderen Forschern bestätigt worden, wenn auch einzelne, noch streitige Punkte vorhanden sind, auf die einzugehen hier nicht der Ort ist. Doch muss noch angeführt werden, dass der embryonale Schwanz zwei Abschnitte erkennen lässt, einen wirbelhaltigen Theil, der $1^1/_2$ Wirbelanlagen enthält und diesem sich anschliessend einen fadenförmigen, ungegliederten Abschnitt, in welchen das Rückenmarksende und die Chorda dorsalis hineinragt. Dieser Endabschnitt wird von dem Entdecker desselben bei menschlichen Embryonen, A. Ecker «*Schwanzfaden*» genannt; sein Vorkommen beschränkt sich nicht allein auf den menschlichen Embryo: wie mir eigene Untersuchungen ergeben haben, kommt ein dem menschlichen Schwanzfaden homologes Gebilde bei allen bis jetzt darauf untersuchten Säugethierembryonen (Schaf, Schwein, Katze, Maus, Hund, Kaninchen und Elenn) vor, was auch von Ecker bestätigt wird. Bei allen genannten Embryonen handelt es sich um einen verschieden langen, dünnen Faden, der dem dickeren, wirbelhaltigen Theile des Schwanzes in der Verlängerung seiner Axe ansitzt und noch während des embryonalen Lebens reducirt wird. Selbst Vogelembryonen besitzen an ihrem Schwanz einen homologen Theil, der aber hier die Form eines gestielten Knöpfchens hat und von mir «*Schwanzknöpfchen*» (cf. M. Braun: Die Entwickelung des Wellenpapageis mit Berücksichtigung der Entwickelung anderer Vögel. Thl. I. Würzb. 1879—1881 mit 7 lith. Tafeln) genannt wurde.

Schwanzköpfchen bei Vögeln und Schwanzfaden bei Säugern sind einander homolog, beides sind embryonale, vorübergehende Bildungen, welche darauf hindeuten, dass der Schwanz ursprünglich länger gewesen ist. In seltenen Fällen bleibt der Schwanzfaden erhalten, so normal bei einem Affen Inuus pithecus, in der Mehrzahl der Fälle beim Chimpanse (E. Rosenberg: Morph. Jahrb. Bd. I), selten beim Orang (Chudzinski: Bull. de la Soc. anthrop. Paris 1876) und beim Menschen. Ueberall präsentirt sich der fragliche Theil als ein weiches, in der Verlängerung der Wirbelsäule liegendes Gebilde, das nie Wirbel enthält, aus Epidermis, Cutis, Fett und Blutgefässen besteht und aus der Umgebung hervorragt.

Auf diesen, «*weichen, wirbellosen Schwanz*», der wie erwähnt auch beim Menschen unter Umständen vorkommt, kann wegen seiner Zusammensetzung der vom mir in der obigen Beschreibung als Zipfel bezeichnete Theil nicht bezogen werden, da bis an die Spitze des Zipfels Wirbelkörper gefühlt werden können; er entspricht demnach dem wirbelhaltigen Theil des embryonalen Schwanzes und kann selbst als ein echter, wenn auch kurzer Schwanz bezeichnet werden, oder — wem dies bequemer ist — als Schwanzrudiment. Zwar ist der Begriff «Schwanz» ein sehr variabler, der menschliche Anatom definirt ihn anders, als der Zoologe, selbst wenn der letztere nur die Wirbelthiere dabei berücksichtigt; aber auch der strengen Definition von «Schwanz», wie sie His in seiner «Anatomie menschlicher Embryonen, Leipz. 1880» gegeben hat, und welche verlangt, dass Schwanz nur ein Theil genannt werden kann, welcher in der Verlängerung der Wirbelsäule liegt, selbst Wirbel enthält, aus der Umgebung hervortritt und den After überragt, selbst dieser Definition hält der von mir beschriebene Fall Stand, da alle diese Forderungen von dem «Zipfel» erfüllt sind. Nicht bloss ragt dieser Theil, wie schon die bis jetzt geübte Bezeichnung andeutet, aus der Umgebung hervor, liegt in der unmittelbaren Verlängerung der Wirbelsäule als deren Endabschnitt, sondern enthält auch distincte Wirbelkörper, den letzten und einen Theil des vorletzten Steisswirbels.

Endlich handelt es sich noch um den Entscheid, ob in diesem Schwanz eine neue Bildung vorliegt oder er sich auf embryonale Verhältnisse zurückführen lässt; das letztere scheint hier der Fall zu sein, es wäre demnach dieser Schwanz der erhalten gebliebene, von Ecker bei Embryonen als Steisshöcker bezeichnete Theil. Dafür spricht vor Allem der zweifellos grade Verlauf des Steissbeins, der sonst nur dem Embryo zukommt und die Persistenz zweier weiterer embryonaler Zustände, glabella et foveola coccygea. Ob jedoch auch beim Erwachsenen ein grades Steissbein genügt, um dessen Spitze aus der Umgebung hervortreten zu lassen oder ob dazu eine Vermehrung der Steisswirbel, also eine Verlängerung des ganzen Knochens nöthig ist, dürfte bei unserem Falle nicht zu entscheiden sein, resp. erst post mortem. Wie mir scheint, spricht Manches gegen die erstere Möglichkeit, obgleich sich auch Gründe für dieselbe anführen lassen; dagegen spricht die Form des beschriebenen Schwanzes im Vergleich zur Form des Steisshöckers, der übrigens nur ein Stadium des Schwundes des embryonalen Schwanzes darstellt — andererseits müssten wir bei Annahme der zweiten Möglichkeit etwas fordern, was bis jetzt mit Sicherheit noch nicht beobachtet worden ist, nämlich eine Vermehrung der Steisswirbel, deren Zahl wie bekannt zwischen 4 und 5 schwankt, über diese Zahl hinaus.

Sicherheit kann nur die Section geben; desshalb ist es nöthig, diesen Fall im Auge zu behalten; ich glaubte daher auch die Leser dieser Wochenschrift mit diesem Unicum bekannt machen zu müssen, um gegebenen Falles die Untersuchung vornehmen zu können, andererseits aber auch Alle, welche ein Interesse an diesen und verwandten Fragen haben, aufzufordern, denselben mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Namentlich dürfte den Militärärzten bei Rekrutenaushebungen, ärztlichen Revisionen der Mannschaften, so wie den Chefs und Assistenten grosser Spitäler die Gelegenheit zu ähnlichen Beobachtungen sich bieten, deren Beschreibung durch photographische Aufnahmen oder gute Zeichnungen zu vervollständigen ist.

Auf die praktische Seite des vorliegenden Falles, in wie weit diese Anomalie den Träger desselben zum Militärdienst untauglich macht, kann ich nicht näher eingehen, da ich nicht Fachmann bin; doch glaube ich mittheilen zu dürfen, dass der betreffende Rekrut als zum Infanteriedienst tauglich befunden wurde.

Referate.

M. Buch: Ein Fall von acuter primärer Verrücktheit. (Arch. f. Psychiatrie. Bd. XI, Heft 2. (Sep.-Abdr.)

Der mitgetheilte Fall erscheint in mehrfacher Hinsicht interessant. Pat. litt an hallucinatorischer, ziemlich acut verlaufender Verrücktheit, wie es scheint, ohne allgemein verwirrt zu sein. Es bestand

zu gleicher Zeit eine Entzündung des linken Mittelohres und die Hallucinationen waren fast immer auf die linke Seite beschränkt. Es giebt in der Literatur bisher nicht viele Fälle, wo einseitige Hallucinationen in Zusammenhang standen mit Ohrenleiden. Im vorliegenden Fall erscheint die Ansicht des Verf., dass zwischen der Ohrenentzündung und den gleichzeitigen Hallucinationen ein ursächlicher Zusammenhang bestehe, allerdings wahrscheinlich. Andererseits muss aber davor gewarnt werden, solche Sätze zu verallgemeinern, wie es jüngst von Dr. Regis (l'Encéphale 1-er numéro) geschehen ist. Er hat mehrere Fälle von halbseitigen Hallucinationen mit Erkrankungen des Ohres zusammengestellt und daraus die grosse Bedeutung der peripheren Sinnesnerven für das Zustandekommen der Hallucinationen gefolgert. Diese Verallgemeinerung hat schon in einem französischen Journal ihre Erwiderung gefunden. Zu erwähnen ist ferner, dass in unserem Fall der constante Strom den auffallendsten Einfluss auf die Hallucinationen hatte, und zwar nur die Kathode einen günstigen. Hierüber ist mir ausser der citirten Arbeit von Jolly auch nichts weiter in der Literatur bekannt, und auch dort hat sich nicht gerade die Kathode bewährt.

Es braucht kaum gesagt zu werden, wie dankenswerth solche Beiträge sind und wie wünschenswerth eine Vervielfältigung derselben.

Th. Tiling.

Sonnenburg: Exstirpation der Harnblase wegen Ektopia vesicae. (Berl. kl. W. 1881, № 30).

Bei einem 9-jährigen kräftigen Knaben mit completer Ektopie der Harnblase führte S. auf der Langenbeck'schen Klinik die erwähnte Operation aus. Dicht am Schleimhautrande wurde die Blase umschnitten, dann vorsichtig in die Tiefe gedrungen und die Ablösung vom Peritoneum ohne jede Verletzung vorgenommen; die Ureteren, durch eingebundene Sonden kenntlich, blieben verschont. Am Schwierigsten war die Lösung der Blase an den seitlichen Theilen, wo sie den beiderseitig vorhandenen Inguinalhernien nahe anlag; unten wurde die Blase von den auseinanderstehenden Schambeinen abgetrennt. Die Ureteren wurden nun in die angefrischte Rinne des Penis (Epispadie) eingenäht und darauf die Schliessung des grossen Defects durch seitlich verschobene Lappen der Bauchhaut vorgenommen, doch blieb eine ungedeckte Stelle übrig. Der Verlauf war günstig, nur war noch eine kleine granulirende Wunde übrig.

—o—

Hertzka: Ein Fall von Hämophilie. (Arch. für Kinderheilk. Bd. II, Hft. 8 und 9. 1881.).

Pat. 10 Monate alt, nicht rhachitisch, war im 6 Monate (Juni) geimpft worden; 14 Tagen nach der Impfung leichte Varicellen, Anfangs August Broncho-Enterocatarrh von wenigen Tagen. Am 8 Novemb. ohne jede äussere Veranlassung heftige Blutung aus der Nase von 4 Stunden Dauer, bis das Kind vor Ermattung einschlief. In der nächsten Woche 3mal Blutungen von gleicher Intensität. Am 16 Nov. erneute Blutung aus Nase und Mund, Erbrechen von Blut, chocoladefarbige Fäces. Kalte Compressen auf den Kopf, Liq. ferri sesquichlor. 0,50 auf Aq. Cinnam. intern. 25 Nov. Blutung (1½ Std.) aus Nase und Mund. Ordin: Chinin c. ferro, Tct. Bestuscheffii.

26 Nov. Oedem an Händen und Füssen.

29. Oedem des Scrotum; 7. Dec. Pneumon. dextra. — Chinin, Tct. nerv. ton. — Wein. 10 Dec. Tod.

Mutter gesund; Vater und dessen Bruder starke Bluter, beide tuberculös.

Hlm.

Busch: Behandlung bösartiger Lymphosarkome. (Berl. kl. W. № 34.)

B. hat in einem bez. Falle auffallenden Erfolg gesehen von der Application der Kern'schen Cataplasmen — Mischung v. Senfmehl mit schwarzer Seife (1 : 4—5) — welche in einem Gazeläppchen eingeschlossen mehre Stunden des Tages getragen werden. — Die enorme Geschwulst am Halse wurde im Laufe von 2 Monaten vollkommen resorbirt.

B. glaubt, dass dieser Erfolg der stark reizenden Application ein Analogon bilde zu dem oft beobachteten Schwinden einiger Neubildungen unter dem Einfluss des Erysipels.

Diese Wirkung ist übrigens nicht als Regel zu betrachten, — grosse Lymphome kommen gewöhnlich unter den Cataplasmen zur Vereiterung. Immerhin ist das Mittel weiter zu versuchen.

—o—

Prof. Sommerbrodt: Ueber linksseitige Posticus-Lähmung bei einem halbjährigen Kinde. (Bresl. ärztl. Zeitschr. № 10. 1881.)

Verf. bekam am 17. Juni 1880 ein im Januar 1879 geborenes Kind zu sehen, welches im Juni 1879 an acutem Katarrh des Kehlkopfes erkrankte. Schon in den ersten Tagen stridulöse Inspir., stetige Steigerung derselben, Stimme rauh, klanglos. Die katarrh. Erscheinungen schwanden bald, der inspirat. Stridor jedoch blieb. Verf. fand heulende, schon von weitem hörbare Inspiration bei freier Exspiration, enormen Lufthunger, rauhe, klanglose Stimme, laryngoskopische Untersuchung unausführbar. Die Diagnose stellte er auf doppelseitige Lähmung der Muscul. crico-arytaenoid. post.

Seit diesem Tage sah Verf. das Kind nicht mehr. 8 Monate später, im höchsten Grade heruntergekommen, starb es an einer acuten Bronchitis.

Die Section ergab einen ganz normalen rechtsseitigen Muskel, der linke Musc. crico-arytaenoid. post. war jedoch bereits makroskopisch atrophisch, blassgelb, auf die Hälfte des Volumens reducirt, enthielt noch zahlreiche, jedoch ausserordentlich schmale, in reichliches feinfibrilläres Bindegewebe eingebettete Muskelfasern.

Das ist der erste Fall von Posticus-Lähmung bei einem Säugling, der bisher jüngste Pat. war 6 Jahre alt. Da nach den bisherigen Beobachtungen (freilich nur bei Erwachsenen) eine derartige hochgradige Stenosirung nicht einer ein- sondern doppelseitigen Lähmung zukommt, ist Verf. Irrthum berechtigt gewesen.

Hlm.

Eug. Wassiljew: Materialien zur Pharmakologie des Resorcins. (Inaug.-Diss. (russisch) St. Petersburg 1881. 100 S.)

Das von Hlasiwetz und Barth 1864 entdeckte Resorcin (eines der drei isomeren zweiatomigen Phenole der Formel $C_6H_4(OH_2)$) ist im Harz verschiedener Umbelliferen (im Ammoniakgummi, Galbanum und Asa foetida) enthalten und kann auch, nach Popp, in grosser Menge durch trokene Destillation aus dem Extract der Caesalpina echinata gewonnen werden. Jodphenol, das durch Schmelzen von Dinitrobenzol mit Aetzkali erzeugt ist, geht in Resorcin über und neuerdings ist es auf demselben Wege auch aus Bromnitrobenzol-Bromphenol dargestellt worden. Das käufliche R. kommt in grossen Stücken oder krystall. Pulver vor und ist nicht phenolfrei, das gereinigte krystallisirt in glänzenden, zarten, weissen Nadeln, die schwachen Phenolgeruch haben, bei 102° schmelzen, bei 271° sieden, in Alkohol, Aether und Wasser (86 : 100) leicht löslich sind, beim Zerreiben im Dunklen phosphoresciren, an der Luft und in der Lösung bald gelb-braun werden, süsslich später etwas brennend schmecken und die Zungenschleimhaut anätzen. Von Justus Andeer (Würzburg 1880) als bestes fäulnisswidriges, die unangenehmen Eigenschaften der Carbolsäure nicht besitzendes Mittel in die prakt. Medicin eingeführt und fast gleichzeitig von Lichtheim (Bern) als eigenthümliches Antipyreticum zu weiterer Prüfung empfohlen, musste das R. die allgemeine Aufmerksamkeit hervorrufen[1] und zu physiol. Arbeiten, wie die vorliegende, anregen.

Verf. liefert uns zunächst ein allgemeines Bild der Resorcinwirkung, wie es fremde und eigene Experimente ergeben haben: Unruhe, Pupillenerweiterung, beschleunigte später erschwerte unterbrochene Respiration, Speichelfluss, vermehrte Pulsfrequenz, Zittern, Schwäche der Extremitäten, Cyanose und bei grossen Gaben klonische, in tetanische übergehende Krämpfe, denen der Tod folgt. Bei nicht tödlichen Dosen schwinden die Vergiftungssymptome in wenigen Stunden (während bei Lichtheim's Kranken, die nur 2—3 Grm. R. pro dosi nahmen, der Schwindel schon nach 15 Min. schwand, kam Andeer erst 5 Stunden nach dem gefährlichen Genuss von 10 Grm. wieder zu sich, fühlte sich jedoch am folgenden Tage ganz wohl) und tritt nachher meist Schlafneigung ein. Wird die künstliche Respiration rechtzeitig eingeleitet, so kann ein letaler Ausgang selbst bei grossen Gaben häufig vermieden werden. W. fand, dass Dosen von 0,05—0,1 Grm. auf je 1 Kilo Körpergewicht kleine, von 0,1—0,2 mittlere, von 0,2—0,35 die höchsten sind, noch grössere aber den Tod zur Folge haben. Diese Zahlen gelten vorwiegend für hungrige Thiere, denen das R. in wässeriger Milch gelöst per Magensonde (beste Art der Darreichung) beigebracht werden muss. Im zweiten Abschnitte ausführlich die zahlreichen Thierversuche schildernd, in welchen das R. hinsichtlich seines Einflusses auf die Körperwärme geprüft wurde, kommt Verf. zum Ergebniss, dass dieses Mittel neben anderen Erscheinungen auch stets Temperaturerniedrigung hervorruft, der Grad derselben aber abhängig ist vom Quantum des eingeführten R. (kleine Gaben setzten um ½° C., mittlere um 1°, die höchsten um 1½° und mehr herab, während tödtliche Dosen eine anhaltende Temperatursteigerung nach sich zogen), von der Form desselben, von der Methode der Einführung und vom Zustande des Versuchsthieres (ob krank oder gesund, hungrig oder satt). Der Temperaturabfall beginnt meist im Laufe der ersten oder zweiten Stunde nach Einführung der Arznei, wo er auch bereits sein Maximum erreicht, das nur 2—3 Stunden anhält; dann nimmt die Körperwärme wieder zu und nach 4—5 Stunden ist man so weit wie vor Beginn des Versuches oder sogar noch etwas höher. Das Sinken der Temperatur hing, wie auch schon Lichtheim beobachtete, mit vermehrter Hautthätigkeit (Schweissabsonderung) zusammen und konnte durch festes Einwickeln des Thieres in Watte und Wachstuch verhindert werden.

Die folgenden Kapitel handeln von dem Einfluss, den das R. auf die Herzthätigkeit und den arteriellen Druck, so wie auf das Nervensystem ausübt. Versuche an Warmblütern (Frösche ergaben keine zuverlässigen Resultate) zeigten, dass R. in gewissen Gaben anfänglich auf kurze Zeit die Herzcontractionen beschleunigt, dann verlangsamt (Einwirkung auf die Centralenden der Vagi) und schliesslich wieder frequenter macht (Lähmung der peripheren Enden der Vagi); grosse Gaben erzeugen sofort Herzparalyse. In der, 15—20 Min. dauernden, Periode der Verlangsamung wurde durch den Ludwig'schen Kymographen constatirt, dass die

[1] Siehe № 3, 12 und 13 dieser Wochenschrift 1881.

Energie der Herzcontractionen nicht ab-, sondern zunimmt (Curventafel). — Bei Prüfung des Einflusses, den das R. auf den Blutdruck hat, fand sich, dass statt des bei Carbolsäure beobachteten Sinkens, für 15—20 Minuten starke Erhöhung desselben eintritt (Einspritzungen von höchstens 0,1 Grm. R. per Kilo in die V. jugul. warfen zuweilen selbst bei curarisirten, künstlich respirirenden Thieren das Quecksilber aus der Manometerröhre); diese Steigerung des Blutdruckes scheint durch eine vom R. direkt erzeugte Reizung des vasomotorischen Centrums im verlängerten Mark hervorgebracht zu werden und ist das spätere Sinken des Druckes nur durch Lähmung dieses Centrums zu erklären. Was die Wirkung auf das Nervensystem anbetrifft, so fand W. auf dessen hübsche Experim. an Fröschen wir hier leider nicht eingehen können, dass das R. Krämpfe erzeugt, die nicht von seinem Einfluss auf das verlängerte Mark abhängen, sondern vorzüglich vom Rückenmark, als Centrum, ausgehen, dass es die Erregbarkeit der motorischen Nerven (auch der Muskeln selbst) erhöht, dass es die Sensibilität der Haut herabsetzt (besonders bei directer Application von Lösungen) und dass das R. nach der Periode der erhöhten Erregbarkeit zu Lähmung der motorischen Nerven (und der Muskeln) führt.

Hierauf spricht Verf. über den Einfluss, den das R. auf die Processe der Gährung und Fäulniss hat. Die tabellarisch zusammengestellten Resultate mehrerer Versuche mit Resorcin und Phenol zeigen, dass das R. die alcoholische Gährung zurückhält, das Phenol diese Eigenschaft aber in doppelt so hohem Grade besitzt und sehr schwache Lösungen (sowohl des Phenols wie Resorcins) bei einer gewissen Temperatur die Gährung scheinbar sogar befördern. Ebenso hält das R. die Fäulniss organischer Substanzen auf, leistet das aber nur halb so gut wie das Phenol, es verzögert das Auftreten des fauligen Geruches, kann diesen aber, wenn er einmal aufgetreten, nicht mehr zerstören, es tödtet selbst bei bedeutender Concentration (10%) die Bacterien nicht, sondern macht sie nur zeitweilig unbeweglich, befördert in schwachen Lösungen (bis 0,5 : 100) scheinbar die Schimmelbildung, verändert das Aussehen der Gewebe wesentlich und verliert nach einiger Zeit seine fäulnisswidrigen Eigenschaften wohl gänzlich. Alles Angeführte berücksichtigend, glaubt Verf. schliesslich dem Resorcin nur eine bescheidene Rolle unter den Arzneistoffen anweisen zu dürfen; es ist ein schwaches Antisepticum und stellt wegen seiner heftigen Einwirkung auf das Nervensystem auch kein bequemes oder ungefährliches Antipyreticum dar.

Vielleicht, das müssen weitere Versuche zeigen, hat es noch bei Behandlung der Intermittens eine Zukunft (Lichtheim, Jänicke), da es bedeutend billiger als das Chinin ist, aber andererseits ist sein Preis (℥j=140 Kop.) wieder zu hoch in der chirurgischen Praxis, um es wegen der Geruchlosigkeit dem Phenol vorzuziehen. F—t.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

J. Grünfeld: Die Endoskopie der Harnröhre und Blase. Mit 22 Holzschnitten und 3 Tafeln in Farbendruck. Deutsche Chirurg. Lief. 51. Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke. 1881.

Die Endoskopie der Hanröhre und Blase ist eine klinische Untersuchungs-Methode, die bisher in der allgemeinen Praxis sehr wenig benutzt und cultivirt wird, weil Pat. wie Arzt noch vor den vermeintlichen Schwierigkeiten derselben zurückschrecken. Verf. giebt in seinem vorliegenden, verhältnissmässig umfangreichen Werk (240. S.) alles, was zur Einführung in dieses Wissens- und Arbeits-Gebiet nöthig ist: Geschichte, Beschreibung und Theorie der hingehörigen Apparate und ihre Handhabung im allgemeinen Theil, im speciellen ihre Verwerthung für pathologische Anatomie, Diagnose und Therapie des betreffenden Terrains. Auf Besprechung einzelner Kapitel aus dem Werke kann hier nicht eingegangen, sondern nur im Allgemeinen lobend und empfehlend hervorgehoben werden die erschöpfend gründliche Darstellung in anziehender Form, sowie die durchaus nicht zu sanguinische Auffassung vom Nutzen dieser Untersuchungsmethode, zu deren Ausbau und Promulgirung Verf. selbst seit vielen Jahren sehr wesentlich beigetragen. — Die drei Tafeln in Farbendruck enthalten 108 endoskopische Zeichnungen von Harnröhre und Blase, auf deren ganz ausnehmend saubere und schöne Ausführung hier aufmerksam gemacht werden muss. T.

Revue militaire de médecine et de chirurgie, dirigée par le Dr. Edm. Delorme, médecin major, professeur agrégé à l'école d'application de médecine militaire. (Val-de Grace). Paris 1881.

Seit April dieses Jahres erscheint unter obigem Titel in monatlichen Heften die *erste militärärztliche Zeitschrift* in Frankreich. — Bei dem bekannten Umstande, dass das Militär-Sanitätswesen dieses Staates sich in ausgedehntester Abhängigkeit von der Armee-Intendantur befindet, muss das Erscheinen einer Fachschrift mit doppelter Genugthuung begrüsst werden, indem vorausgesetzt werden darf, dass dieselbe nicht nur rein medicinische Fragen, sondern allmählig auch die *Organisation* des Sanitätswesens in den Kreis ihrer Besprechungen ziehen und somit zur Aufbesserung des Gesammt-Sanitätswesens auch in diesem Staate beitragen werde.

Die vorliegende 1. Nummer der Zeitschrift entspricht in Beziehung auf die Eintheilung des Inhalts ziemlich der bekannten «Deutschen militärärztlichen Zeitschrift» — Es folgen sich: Originalarbeiten, Kritiken, Referate von Fachschriften verschiedener Länder, Verzeichniss eingesandter Bücher, Journalrevue, Vermischtes und Armeenachrichten (Beförderungen, Ernennungen etc.). Delorme giebt in diesem Hefte eine Originalarbeit über die Wirkungen der Geschosse in Deutschland und in der Schweiz, Rigal eine zweite über die Unglücksfälle beim Minenkrieg. Dann folgt ein Referat über Gelenkresectionen im Kriege von Delorme, zu welchem das bekannte Werk über Gelenkresectionen von Gurlt und die amerikanischen Arbeiten das Hauptmaterial liefern, verschiedene Referate über militärmedicinische französische und deutsche Arbeiten und schliesslich die kleineren Mittheilungen.

Aus den Referaten ist ersichtlich, dass der Herausgeber den Arbeiten anderer Nationen auf dem Gebiete der Militärmedicin respect. Chirurgie grosse Beachtung schenkt und zwar vorzugsweise den deutschen. Die Gediegenheit der in vorliegendem Hefte veröffentlichten Originalarbeiten sowie der referirten Schriften im Verein mit der durchaus wissenschaftlichen Haltung des Ganzen, sichern der *Revue* einen Platz unter den besten militärärztlichen Zeitschriften der Gegenwart. Für Frankreich hat das Erscheinen des Journals als *erstes* auf diesem Gebiete selbstredend eine ganz besondere Bedeutung, man kann daher nicht umhin, dieser Fachschrift *besondere* Sympathie und Anerkennung entgegenzutragen. Köcher.

Russische medicinische Literatur.

№ 209. Wratsch. № 34.
Inhalt: a) N. Sotschawa: Ueber Diphtheritis der Geschlechtstheile in der Nachgeburtsperiode.
b) M. Scherschewski: Larynxaffection bei Ataxie (Schluss).
c) Karrik: Ueber Kumyss (Forts.).
d) R. Albrecht: Ueber Pustula maligna.
e) O. Petersen: Aus den Conferenzen der Aerzte des Alexander-Hospitals.

№ 210. Wratschebnija Wedomosti. № 32.
Inhalt: a) H. Rodsewitsch: Statistik der Menstruation bei den Frauen St. Petersburg's.
b) Keldysch: Vorschläge zur Einschränkung der Syphilis.

№ 206. Wojenno-Sanitarnoje Djelo. № 17.
Inhalt: a) J. Talko: Ueber Beschädigungen der Augen bei den Wehrpflichtigen.
b) W. Swjatlowski: Der Milzbrand, seine Bedeutung für die moderne Cultur überhaupt und für das Militärsanitätswesen im Besonderen.

№ 207. Sdorowje. August-Heft. Bd. VIII, № 2.
Inhalt: a) Ekkert: Ueber die Momente, welche die Entstehung und weitere Entwickelung von Milzbrand-Enzootien begünstigen.
b) P. Grjasnow: Quantitative Bestimmung der hauptsächlichsten Gas- und Dampf-Bestandtheile des Tabaksrauches. (Forts.)
c) S. Wassiljew: Beiträge zur Frage von der physischen Entwickelung der Mädchen. (Forts.)
d) Popow: Versuch einer wissenschaftlichen Untersuchung über die Epidemiologie und Aetiologie der Diphtheritis. (Forts.)
e) Peschtitsch: Der Transport von Viehherden. (Forts.)

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft practischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 7. Januar 1881.

Recurrirend auf den Ausspruch Dr. Hampeln's in der letzten Sitzung, ein Ferment könne nur von einem lebenden Organismus gebildet werden, führt Dr. Worms dagegen das Fibrinferment als ein solches an, welches im lebenden Körper nicht praeexistirend, im Blut, das die lebende Ader verlassen, aus dem Material der zu Grunde gehenden Lymphoïdzellen entsteht und die Fibrinbildung bewirkt. Gegen den Einwand von Seiten Dr. Hampeln's, die Frage in Betreff des Fibrinferment sei noch nicht endgültig entschieden und Al. Schmidt's Ansicht noch nicht allgemein anerkannt, führt Dr. Worms an, dass es isolirt dargestellt und von Neuem stets dargestellt werden kann, dass Schmidt's Ansicht in die neuesten Lehrbücher übergegangen und doch wohl nicht in Frage gestellt werden dürfte. Landois z. B. (Lehrbuch der Physiologie des Menschen 1881) sagt, es entsteht «gewissermassen als ein Leichenproduct» (pag. 55). Dr. Hampeln betont, dass dieses eine Auffassung von Landois, welche von anderen Physiologen bisher nicht vertreten werde, so halte z. B. Hermann, Grundriss der Physiologie, 1880, die Ansicht Schmidt's über das Fibrinferment für eine Hypothese.

Dr. Rulle legt eine ca. 12 Zoll lange Missgeburt vor, einen Acephalen. Das andere Kind — die Frau trug Zwillinge — ist ein normal entwickeltes, im 7. Monat. Der Kopf fehlt vollkommen, die Haut der Brust geht über den Schultern glatt in die Rückenhaut über; Hals- und Brustwirbel und die Schulterblätter nicht zu fühlen, der Oberarmknochen des rechten Armes deutlich nachzuweisen, die Phalangen sind durch kleine hautförmige Fortsätze angedeutet. Der

linke Arm massiger. Die unteren Extremitäten vorhanden, die Zehen schwach entwickelt.

Dr. Holst verliest seinen Vortrag: das Verhältniss der Hysterie und einzelner nervöser Symptome zur Gynäkologie. H. will vom praktischen Standpunkt ausgehend, prüfen — ohne eine erschöpfende Behandlung der Hysteriefrage vorzulegen — wie weit und ob der Gynäkologe die Behandlung der Hysterie ausschliesslich führen darf und wann die Hysterie vor den Neuropathologen competirt. Die Erkrankung der Sexualsphäre ist eine häufige Ursache der Hysterie, doch nicht ausschliesslich; zur Entstehung gehört unter allen Umständen eine Prädisposition, diese ist in den meisten Fällen hereditär, ohne diese hat keine Uterinerkrankung Hysterie zur Folge. Nicht durch eine Version, Flexion etc. des Uterus wird die Hysterie bedingt, sondern durch einen besonderen Reizzustand in gewissen Nervengebieten der Genitalsphäre, der offenbar nach der physiologischen Anlage des Nervensystems die Tendenz hat, zunächst Reflexerscheinungen und zwar vorwiegend im vasomotorischen Nervensystem hervorzurufen. Dieser Reizzustand kann durch eine Genitalerkrankung gesteigert werden, besteht aber auch unabhängig, als Neurose; die Hysterie wird selbstständig. Bei der Behandlung der Hysterie ist die erste Aufgabe die gesteigerte Erregbarkeit der Uterin- resp. Ovarialnerven herabzusetzen. Dieses ist schwer zu bewerkstelligen, doch erreicht dieses der Gynäkologe durch locale Behandlung gewiss nicht. Dabei lässt er oft aus dem Auge 1) dass die leichte Erregbarkeit des Sexualnervensystems nur zu leicht die Quelle zu Reflexvorgängen in anderen Systemen abgiebt; 2) dass wohl keine Behandlung in dem Grade mit psychischen Erregungen verbunden, wie die des weiblichen Geschlechtsorgans; 3) dass für das in enorm erregbarem Zustande befindliche Nervensystem die Localbehandlung nicht immer günstig. — Dr. H. bespricht darauf die Ovarialhyperästhesie; diese wird seiner Ansicht nach von den Gynäkologen garnicht berücksichtigt, bei Schmerzhaftigkeit in der Ovarialgegend nimmt der Gynäkologe stets eine objectiv nicht nachzuweisende Oophoritis an. Vortragender hat die Ovarialhyp. häufig als Symptom der Hysterie beobachtet und bis auf die von Charcot angegebene Aura, die Angabe des letzteren stets bestätigt gefunden. Zur Annahme der nervösen Natur dieses Schmerzes glaubt sich H. berechtigt 1) durch die eigenthümliche Reaction auf Druck in die Ovarialgegend, die sich in Zappeln, Schreien, Lachen in krampfhaft aufgeregter Weise äussert; 2) durch die Möglichkeit bei gesteigertem Druck den Anfall zu coupiren; 3) durch die therapeutischen Erfolge vermittelst des Galvanisirens, welche H. mehrfach beobachtet. — Endlich bespricht Dr. H. die Dysmenorrhoe darauf hinweisend, wie nur die alten Autoren einer Dysm. neurotischen Ursprungs gedenken, in den neuen und neuesten Lehr- und Handbüchern der Gynäkologie von dieser keine Notiz genommen wird. Vortragender hält einen Theil entschieden für reine Neuralgien, sei es der Uterin- oder Ovarialnerven. 1 Fall durch 4 Wochen galvanisch behandelt, zeigte wesentliche Besserung.

Dr. Rulle giebt die hereditäre Disposition zu, meint sie aber beschränken zu müssen; wie wir die Leukorrhoe im kindlichen Alter beobachten, so kommen auch verschiedene krankhafte Veränderungen des Uterus während der Entwickelung vor, die uns unbekannt, welche aber, mangelt es nebenbei an der nöthigen Erziehung, Hysterie zur Folge haben. Der Annahme von Neurosen des Uterus und der Ovarien stimmt er bei. — Dr. Holst bemerkt, er habe nicht behauptet, die Prädisposition sei stets hereditär, — meist sei sie eine hereditäre. Wenn Dr. Rulle von Erkrankungen des Uterus in frühester Jugend spricht, welche Hysterie bedingen sollen, so sei dieses doch nur eine Hypothese. — Dr. Carlblom bemerkt, dass die Gynäkologen wohl eine neurotische Form der Ovarialleiden annehmen und erinnert an die Exstirpation der Ovarien in Fällen, wo durch Palpation an den Eierstöcken keine Veränderung nachzuweisen.

Internationaler medicinischer Congress in London.

(Nach der Deutschen med. Wochenschrift.)

III.

In der II. allgemeinen Sitzung erntete Dr. Billings, der Delegirte der Vereinigten Staaten, grossen Beifall für seinen vorzüglichen Vortrag über «unsere medicinische Literatur». In den allgemeinen Sitzungen wurden ausserdem Vorträge gehalten: von Prof. R. Volkmann, der in einer glänzenden Darstellung den Umschwung schilderte, welchen die Chirurgie in den letzten 10 Jahren unter dem antiseptischen Verfahren erfahren hat, ferner von Pasteur aus Paris «über die Keimtheorie» und von Féréol, der das Manuscript des Vortrages, welchen der leider vor Beginn des Congresses verstorbene Raynaud «über den Skepticismus in der Medicin» halten wollte, verlas. In der letzten Sitzung sprach Huxley über das Verhältniss der Biologie zur Medicin. Nach einer Rückschau des Generalsecretärs Mac Cormac auf den Verlauf des Congresses brachte der Präsident Sir James Paget folgenden Antrag der physiologischen Section ein: «Der Congress erklärt es als seine Ueberzeugung, dass Experimente an lebenden Thieren von der höchsten Bedeutung für die Medicin gewesen und unentbehrlich für die ferneren Fortschritte derselben sind, dass er daher trotz seines Abscheues vor der unnöthigen Zufügung von Schmerzen, es im Interesse des Menschen wie der Thiere nicht für wünschenswerth hält, dazu competente Personen in der Ausübung solcher Experimente zu beschränken.» Ohne Discussion und ohne Widerspruch irgend eines Mitgliedes wurde dieser Antrag einstimmig angenommen. Ebenso gelangte die von der ophthalmologischen Section eingebrachte Resolution, dass alle zu Land und zur See fungirenden Beamten, von deren Thätigkeit das Leben und die Gesundheit der Menschen abhängt, Zeugnisse über ihre normale Sehfähigkeit beibringen müssen, zur einstimmigen Annahme, mit der Maassgabe, das der Secretär diesen Beschluss dem auswärtigen Amte, dem ersten Lord der Admiralität und dem Präsidenten des Handelsamtes mittheilen sollte.

Hierauf erhielten auf Bowman's Antrag die Medaille des Congresses der Vorsitzende und der Schriftführer des Congresses von 1879, Prof. Donders und Dr. Guy, sowie folgende Mitglieder, denen der diesjährige Congress Vorträge verdankt, Dr. Féréol (der den Vortrag Raynauds verlas), Virchow, Billings, Volkmann, Pasteur und Huxley. Für Jeden von ihnen hatte Lister, der den Antrag unterstützte, geistvolle Worte voll liebenswürdigster Anerkennung. Prof. v. Langenbeck beantragte den Dank des Congresses an das Exekutiv-Comité, Dr. Guy den an die Secretäre und Billings speciell den an Mac Cormac, und Charcot und Donders dasselbe Votum für Sir James Paget.

Ueber den nächsten Congressort wurde noch keine definitive Wahl getroffen. In Vorschlag wurden gebracht: Madrid, Christiania und Stockholm; die Entscheidung darüber wurde dem Executiv-Comité des Londoner Congresses überlassen.

Damit schloss der VII. internationale Congress, der in allen Theilnehmern das Gefühl wirklicher Befriedigung hervorgerufen hat. Wir werden in der nächsten Nummer Näheres über einige Vorträge bringen.

Tagesereignisse.

— In Petrowsk (im Daghestan-Gebiet) ist Dr. Markow, ein noch junger Arzt, der vor Kurzem die Universität verlassen hat, ertrunken.

— Der Professor der pathologischen Anatomie in Tübingen, Dr. v. Schuppel, ist am 26. August in der Schweiz gestorben. Sch. verdanken wir die Bearbeitung der „Krankheiten des chylopoetischen Systems" in Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, sowie mehrere Arbeiten über Tuberculose.

— Dem hochverdienten Schriftführer des letzten internationalen Congresses, Mac Cormac, ist die Ritterwürde verliehen worden.

— Der Generalstabsdoctor der Flotte, Geheimrath Dr. Busch, hat wegen Krankheit seinen Abschied genommen.

— Am 29. Juli c. beging der Militär-Medicinalinspector des Charkowschen Militärbezirks, Geheimrath Dr. Jul. Grebski, sein 50-jähriges Jubiläum. G. war früher Oberarzt des klinischen Hospitals, und bekleidete darauf den Posten des Militär-Medicinalinspectors von Westsibirien.

Miscellen.

— Nach dem „Corresp.-Blatt für schweizer Aerzte" ist die *Zahl der weiblichen Medicinstudirenden an den schweizer Universitäten* in stetiger Abnahme begriffen. Im Wintersemester 1879/80 betrug die Gesammtzahl derselben 55 (d. i. 10,8% aller Medicinstudirenden in der Schweiz); im Sommersemester 1880 dagegen nur 44 (d. i. 8,4%), im Wintersemester 1880/81 fiel sie auf 40 (7,6%) und im Sommersemester 1881 sogar auf 36 (7,2%). Von diesen 36 Frauen studiren 21 in Bern, 8 in Zürich und 7 in Genf. Basel hat keine aufzuweisen.

— Bei der am 18. August c. erfolgten Immatriculation an der Universität Dorpat sind in die Zahl der Studirenden 161 neu aufgenommen worden, von denen 60 für das Studium der Medicin, 15 für das Studium der Pharmacie inscribirt wurden. Die Gesammtzahl der Studirenden betrug an diesem Tage 1219.

— Oppenheimer, *Zuckerprobe im Harn.* (Louisville Medic. News in New-York Medic. Record 1881, № 6). O. löst Gr. j Cupri sulphur. crystallis. in ℥j gereinigten Glycerins; 2—3 Tropfen dieser Mischung werden in einem Reagensglase mit ʒß Liquor kali carbonici gekocht, dann einige Tropfen Harn hinzugefügt und wieder gekocht; ist Zucker im Urin enthalten, so fällt CuO aus. ℥j der obigen Mischung reducirt Gr. j Traubenzucker; diese Probe ist sicherer, als die Trommer'sche, gelingt auch bei Gegenwart von Eiweiss, auch verdirbt die Mischung nie. Hz.

Berichtigung.

In № 34, pag. 299, Spalte 2 ist in der 4. Bücheranzeige «Atropin» zu lesen statt «Atrophie».

Personal-Nachrichten.

Amtliche.

— *Befördert*: *Zum Staatsrath:* Der Ord. des Kijewschen Militärhospitals, Pantjuchow.

— *Ernannt:* Coll.-Rath Ssokolow, Arzt des Petersburger Handwerker- und Kleinbürger-Armenhauses und der Alexander-Gewerbeschule — zum ausseretatm. ält. Medicinalbeamten beim Medicinal-Departement, mit Belassung in seinen bisherigen Stellungen.

— *Beurlaubt*: Dr. med. wirklicher Staatsrath Albanus, Ehren-Leibmedicus des Kaiserlichen Hofes und Seiner Kaiserlichen Hoheit

dem früheren Oberkommandirenden der Kaukasischen Armee attachirt — zur Wiederherstellung seiner Gesundheit auf sechs Wochen in's Ausland.

— *Entlassen aus dem Dienst*: auf *eigenes Gesuch*: Dr. med. Rasumowski, ausseretatm. Ord. der geburtshilfl. Anstalt zu St. Petersburg; Dr. med. Gawronski, Arzt des St. Annen-Hospitals zu Mjechowo; der Ord. des Hospitals zu Mohilew, Hornfeldt; C.-A. Hindemilt, Arzt des Gefängniss-Lazareths zu Kalisch; H.-R. Hassmann, Arzt des St. Karl-Hospitals zu Stopniza und C.-A. Eichler, Kreisarzt von Uschiza.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 23. August 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	598	250	848
Alexander- «	469	150	619
Kalinkin- «	—	434	434
Peter-Paul- «	264	122	386
St. Marien-Magdalenen-Hospital	166	73	239
Marien-Hospital	290	241	531
Ausserstädtisches Hospital	322	127	449
Roshdestwensky-Hospital	41	17	58
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	315	113	428
6 zeitw. Hospitäler	634	132	766
Ausschlags-Hospital	3	6	9
Summa der Civilhospitäler	3102	1665	4767
Nikolai-Kinder-Hospital	33	22	55
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	44	52	96
Elisabeth-Kinder-Hospital	18	18	36
Summa der Kinderhospitäler	95	92	187
Nicolai-Militär-Hospital	396	18	414
Ssemenow'sches Militär-Hospital	137	—	137
Kalinkin-Marine-Hospital	183	—	183
Gesammt-Summa	3913	1775	5688

Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	1114	296	1410
Scarlatina	7	8	15
Variola	10	5	15
Venerische Krankheiten	535	433	968

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 16. bis 23. August 1881 besucht von 2507 Kranken, darunter zum ersten Mal von 969.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs

für die Woche vom 9. bis 15. August 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 568 Todtgeborene 20). — Mortalität 44,20 p. M.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
345	223	568	108	30	76	15	14	26	70	68	58	40	35	13	13	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 13, Typh. abd. 26, Febris recurrens 26, Typhus ohne Bestimmung der Form 18, Pocken 4, Masern 5, Scharlach 6, Diphtheritis 11, Croup 0, Keuchhusten 4, Puerperalkrankheiten 3, Dyssenterie 7, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 8.

— Gehirnapoplexie 4, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 14, andere Gehirnkrankheiten 19, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 11, acute Entzündung d. Athmungsorgane 40, Lungenschwindsucht 80, andere Krankheiten der Brusthöhle 11, Gastro-intestinal-Krankheiten 134, andere Krankheiten der Bauchhöhle 13, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 37, Marasmus senilis 27, Cachexia 16.

— Tod durch Zufall 12, Selbstmord 3, Mord 0.

— Andere Ursachen 16.

Adressen von Krankenpflegerinnen.

Anna Karlowna Mordwin, у Чернышева моста, № 68, кв. 5.

M. Jakimowa, Гороховая, № 77, кв. 15.

Elis. Iwan. Njemtschinowa, На Пескахъ, 7 улица, № 8, кв. 4.

Amalie Schulz, На углу Вознесенскаго и Екатерингофскаго просп., д. Лихачева, № 37/6, кв. 37.

Frl. Helena Fedorowna Stepanenko (Hebamme u. barmherz. Schwester), Почтамтская ул., № 11, кв. 17.

Аполинарія Егоровна Щепоткина (Hebamme) Новая ул., № 11, кв. 28.

Frl. Rasmussen, Обводный каналъ (на углу Измайловскаго просп.) № 21, кв. 30.

Frl. Nürnberg, Мал. Конюшенная, № 1/3, кв. 50.

Frau Eurich, На углу М. Итальянской и Эртелева пер., д. кн. Масальской, № 1/12, кв. 19.

Elisab. Karlowna van der Vliet (Hebamme und Krankenpflegerin) На углу большой Мастерской и Торговой улицѣ, д. № 11/7, кв. 10.

Frau A. Jordan, Введенская ул., д. Зонтикова, кв. № 2.

Anna Andrejewna Bitt, Свѣчной переулокъ, д. № 8, кв. 10.

Anna Nikolaewna Nikolaewa, у Пустаго рынка, Рыночная ул., д. Пыльнева № 8, кв. 5.

Elis. Wass. Ospitschewa, Невскій просп. д. № 110, квар. № 11.

Caroline Krause, Измайловскій полкъ, 3 рота, домъ Общества дешев. кварт., № 7, комн. № 90.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 28 Августа 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh., Newskij-Prosp. № 5

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

ST. PETERSBURGER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger; Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg, Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 36. St. Petersburg, 5. (17.) September. 1881.

Ueber die Veränderungen im Rückenmarke nach Vergiftung mit Arsen und Blei.

Von

Dr. N. Popow.

(Aus dem klinischen Laboratorium des Prof. Mierzejewski).

Die Wirkung des Arsens auf das Nervensystem war bereits älteren Autoren bekannt. So sagt schon Zacchias (1600) in der Schilderung einer Arsenvergiftung, dass diese «membrorum paralysem et debilitatem» hervorrufe; später haben zahlreiche Beobachter das Auftreten von Lähmungen, Krämpfen, Contracturen und Anästhesien bei Arsenvergiftungen gesehen, indessen herrscht hinsichtlich der Ursachen und Entstehungsweise dieser Erscheinungen wegen mangelnder mikroskopischer Untersuchungen noch eine grosse Unklarheit.

Vulpian [1] anerkennt auf Grundlage seiner Vergiftungsversuche an lebenden Thieren die Möglichkeit einer Einwirkung des Arsens auf das Centralnervensystem, obgleich ihm die mikroskopische Untersuchung gar keine Anhaltspunkte zu einer solchen Annahme darbot; Leyden [2] dagegen hält die Arsenlähmungen für peripherischen Ursprungs. Erb [3] meint, dass die toxische Wirkung des Arsens theilweise durch dessen Einfluss auf das Rückenmark bedingt werde, fügt aber hinzu, dass es bis jetzt noch keine genaueren Daten hinsichtlich dieses Gegenstandes gebe. Hammond, Pelikan u. a. weisen übereinstimmend auf diese Lücke in unseren Kenntnissen hin und zeigen, dass nur Hypothesen, aber durchaus noch keine streng wissenschaftliche Lösung dieser Frage vorhanden sei.

Ich habe nun diese oben erwähnte Lücke in unseren Kenntnissen auszufüllen versucht, indem ich unter der Leitung des Prof. J. P. Mierzejewski eine Reihe von Vergiftungsversuchen mit verschieden grossen Gaben Arsen (Gr. $^1/_{20}$ bis Gr. jj pro dosi) an Hunden anstellte und auf diese Weise bald eine chronische, bald eine acute Arsenintoxication hervorrief.

Die Untersuchung des Rückenmarks in den Fällen acutester Arsenvergiftung, in welchen der Tod bereits 4—5 Stunden nach Einverleibung des Giftes eingetreten war, ergab schon makroskopisch scharf ausgeprägte Veränderungen an demselben. Die graue Substanz erschien intensiv roth, geschwellt und besonders stark im Bereich der Anschwellungen erweicht. Das Mikroskop zeigte Erweiterung und Blutüberfüllung der kleinen Gefässe und der Venen, in den subadventitiellen Lymphräumen Anhäufung von Lymphkörperchen; es fanden sich ausserdem in der Umgebung der Gefässwände reichliche Extravasate von Blutelementen und Plasmaerguss, letzterer besonders stark im centralen Theile der grauen Substanz, die Gefässwände selbst waren fettig entartet. Die Ganglienzellen traten in 3 verschiedenen Formen auf: die *erste* färbte sich stark durch Carmin und zeigte in ihrem Protoplasma grössere und kleinere Vacuolen, welche zuweilen auch in den Zellenfortsätzen gesehen werden konnten. Die *zweite* Form von Ganglienzellen hatte keine Fortsätze, war meistentheils kugelförmig gestaltet, färbte sich sehr schwach bei Carminzusatz und zeigte eine, zuweilen geschichtete punktförmige Körnung. Endlich fand sich hier und da eine *dritte* Form von Zellen, von denen nur die, von einem feinen dunkelziegelrothen Pigment umgebenen Kerne übrig geblieben waren. Ausserdem fand sich in der grauen, theilweise auch in der weissen Substanz massenhaftes, schwarzes, verschieden geformtes Pigment, welches hauptsächlich die Gefässe umlagerte und zuweilen in deren Lumen neben Blutelementen gesehen werden konnte.

In Fällen von subacuter Arsenvergiftung, in welchen der Tod nach wiederholten Gaben des Giftes erst nach 3, 5 oder 6 Tagen eintrat, zeigte das Rückenmark im Allgemeinen

[1] Vulpian, Maladies du système nerveux 1874.
[2] Leyden, Klinik der Rückenmarkskrankheiten 1876.
[3] Erb, Krankheiten des Rückenmarks 1876.

dieselben Veränderungen, wie nach acuter Vergiftung, nur mit dem Unterschiede, dass makroskopisch die graue Substanz nicht so scharf von der weissen sich abgrenzte und nicht so stark erweicht war. Mikroskopisch erschien die Gefässinjection weniger bedeutend, die Extravasate nicht in dem Maasse ausgedehnt, die Plasmaexsudation weniger reichlich. Dagegen waren die Veränderungen an den Ganglienzellen viel deutlicher, die Vacuolen viel grösser, die blassen Zellen glichen stellweise hellen feinkörnigen Massen ohne Andeutung eines Kerns, so dass nur die äusseren Umrisse und der Fundort ihren Charakter andeuteten. Endlich trat die dritte, bei der acuten Vergiftung selten gesehene Form von Zellen, von welchen nur der Kern hinterblieben war, in viel grösseren Mengen auf; in der weissen Substanz konnte ich ausser einer Erweiterung der Gefässe und einer mässigen Anhäufung von Pigment nichts Abnormes finden.

In den Fällen, in welchen der Tod im Verlaufe des 3. Monats nach Beginn des Versuchs eintrat (ein Mal zeigte sich kurz vor dem letalen Ende Parese der Hinterextremitäten), erwies sich das Rückenmark bedeutend weniger consistent, die mikroskopischen Bilder aber wichen beträchtlich von den, bei weniger chronisch verlaufenden Fällen gefundenen ab. Die Gefässwände waren sehr verdickt, und zeigten deutliche fibrilläre Structur, eine Verengerung des Lumens und Blutextravasate in den subadventitiellen Räumen und dem darunter liegenden Gewebe; die Zwischenräume zwischen den Elementen dieses letzteren waren von einer hyaloiden Masse infiltrirt. Die Zahl der Ganglienzellen war sehr vermindert, die noch vorhandenen enthielten grosse Vacuolen und gehörten meist der oben beschriebenen ersten Form an, während solche von der zweiten und dritten Form selten angetroffen wurden. Der pathologische Process erstreckte sich in diesen Fällen auch auf die weisse Substanz, besonders auf die hinteren Theile der Seitenstränge; an den Axencylindern waren mehr oder weniger deutlich abgegrenzte, durch Einziehungen von einander geschiedene Verdickungen zu sehen, die Axencylinder selbst erschienen häufig gekörnt, in manchen Präparaten waren sie vollkommen verschwunden und durch Gruppen feiner Körner ersetzt, welche Anfangs durch ihre Gruppirung an die ursprüngliche Form erinnerten, später aber durchaus unregelmässig angeordnet erschienen. Die Balken in der weissen Substanz zeigten eine ähnliche Körnung, dabei war die ganze *Oberfläche* sowohl der grauen, als auch der weissen Substanz mit kleinen Haufen schwarzen Pigments übersäet. Die sowohl bei ihrem Austritt aus dem Rückenmarke als auch in ihren Stämmen an den Extremitäten sorgfältig untersuchten peripheren Nerven zeigten selbst in den Fällen keine auffallenden pathologischen Veränderungen, in welchen der Tod vor dem Erscheinen der Parese eingetreten war.

Aus den vorstehenden Beobachtungen glaube ich folgende Schlüsse ziehen zu dürfen:

1) Das Arsen erzeugt schon in wenigen Stunden nach seiner Application deutliche Veränderungen im Rückenmarke, welche als Myelitis centralis acuta oder als Poliomyelitis acuta aufzufassen sind.

2) In mehr chronischen Fällen beschränkt sich die Entzündung nicht allein auf die graue Substanz, sondern geht auf die weisse über, auf diese Weise eine diffuse Myelitis darstellend.

3) Das periphere Nervensystem bleibt selbst in den Fällen unversehrt, in welchen der Tod erst 3 Monate nach der Einverleibung des Giftes eintrat, woraus der Schluss zulässig ist, dass

4) Die Lähmungen bei der Arsenvergiftung centralen Ursprungs sind.

Vergleicht man die von mir gewonnenen Resultate mit denen von Danillo [1] bei Phosphorvergiftung erhaltenen, so stellt sich eine vollkommene Analogie zwischen denselben heraus und lag in Folge derselben die Vermuthung nahe, dass andere metallische Gifte ähnliche Veränderungen im Rückenmarke hervorrufen dürften. Ich führte desshalb einige Versuche mit essigsaurem Bleioxyd an Meerschweinchen aus und zwar desshalb speciell mit diesem Metalle, weil viele Autoren die saturninen Lähmungen für peripherische halten. So meint Jaccoud [2], dass bei der Bleivergiftung das Rückenmark und seine Wurzeln unversehrt bleiben, während nur die peripheren Nerven erkranken. Erb [3] hält diesen Punkt für anfechtbar, obwohl die Beobachtungen von Lancereaux, Bernhardt und Westphal die periphere Natur der Bleilähmungen wahrscheinlich machen. Remak [4] dagegen verlegt den Ursprung derselben in begrenzte Heerde der Vorderhörner, während Friedländer [5] und Zunker [6] die primären Veränderungen in den peripheren Nerven finden wollen. 1880 erschienen die Arbeiten von Monakow [7] und Gombault [8]. M. fand sowohl im Rückenmark als auch in den peripheren Nerven Veränderungen, hält aber letztere für secundäre Erscheinungen; G. tritt, auf seine an mehr acuten, nicht weniger als ein halbes Jahr dauernden Fällen angestellten Beobachtungen gestützt, für die primäre Erkrankung der peripheren Nerven ein.

Aus dem Vorgehenden erhellt, dass die Autoren bis jetzt in der Auffassung, an welchen Theilen des Nervensystems die primären Erkrankungen durch die Bleivergiftung zuerst auftreten, sehr auseinandergehen. Behufs Lösung dieser Frage versuchte ich, eine noch acutere Vergiftung, als wie sie Gombault hervorgerufen, zu produciren und auf diese Weise begrenzte Affectionen in centralen oder peripheren Theilen des Nervensystems zu erhalten. Von 3, von mir mit Blei vergifteten Meerschweinchen starb das eine 6, das zweite 7, das dritte 10 Tage nach Application des Giftes; bei letzterem Thiere trat kurz vor dem Tode Parese der Hinterextremitäten ein. Bei allen 3 Objecten ergab die mikroskopische Untersuchung an den peripheren Nerven durchaus keine pathologischen Veränderungen, während im Rückenmark ein dem bei Arsenlähmung vorkommenden analoger Befund angetroffen wurde, nämlich starke Erweiterung der Gefässe mit Erweiterung ihrer Wände, Blutextravasate und Plasmaexsudationen, Anwesenheit schwarzen Pigments und ähnliche Veränderungen an den Ganglienzellen.

---

[1] Danillo, zur pathologischen Anatomie des Rückenmarks bei der Phosphorvergiftung. St. P. Inaug.-Diss. 1881 (russisch).

[2] Jaccoud, cours de pathologie interne. 1879.

[3] Erb, l. c.

[4] Remak, Arch. f. Psychiatrie. VI, 1875.

[5] Friedländer, Arch. f. pathol. Anatom. Bd. LXXV. 1879, Heft 1.

[6] Zunker, Zeitschr. f. klin. Medicin. 1880.

[7] Monakow, Arch. f. Psychiatr. 1880.

[8] Gombault, Arch. de Neurologie. 1880.

Das Blei ergreift somit, analog dem Arsen und dem Phosphor, im Beginn nur das Rückenmark, eine Ansicht, welche durch die von Bernhardt [1], Adamkiewicz [2], Déjérine [3] u. a. veröffentlichten Beobachtungen, welche nur die klinische Seite der Bleivergiftung berücksichtigen und die saturninen Lähmungen von einer Rückenmarksaffection ableiten, bestätigt wird.

Ueber den Werth und die Tragweite des klinischen Unterrichts in der Psychiatrie.

Festrede zur Jahresfeier der Universität Dorpat am 12. Dec. 1880 gehalten von

Prof. H. Emminghaus.

Hochansehnliche Versammlung!
Werthe Collegen und Commilitonen!

In festlicher Stimmung sind wir heute wieder am Mittelpunkte unseres academischen Lebens und Wirkens zusammengekommen, um den Tag zu feiern, welcher uns Allen als der höchste und wichtigste im Jahresrund vorschwebt — den Stiftungstag unserer Alma mater. Wiederum in diesem Jahre, das wir heute beschliessen, ist, ein lebendiges Zeugniss dafür, dass die Wissenschaft unaufhörlich nach allen Richtungen fortwächst und stetig junge Zweige treibt, ein neuer Lehrstuhl bei uns gegründet und ohne Säumen besetzt worden. Und der Vertreter gerade dieses neuen Faches — der Irrenheilkunde — ward durch ehrenden Auftrag abgeordnet, heute zu Ihrer feierlichen und glänzenden Versammlung zu sprechen.

Welch' andere Gedanken, hochansehnliche Versammlung, vermöchte derselbe in dieser Stunde wohl besser bei Ihnen anzuregen und durch seine Worte weiter zu führen, als Gedanken über den Werth und die Tragweite des klinischen Unterrichtes in der Psychiatrie, den zu ertheilen er in Ihre Mitte berufen ist?

Sie Alle bringen, dess bin ich gewiss, diesem jüngsten der klinischen Wissenszweige warme Theilnahme entgegen, Jeder von Ihnen sagt sich, dass die Kenntniss auch dieses Theiles der practischen Medicin den Arzt erst zu dem macht, was er sein will und sein soll, zum Helfer in jeder Art Krankheit, keiner ist unter uns, der nicht wüsste, wie in der Hebung der Irrenbehandlung und Irrenpflege gerade die wahrste, reinste Humanität sich ausdrückt.

Zuerst an Sie, meine jungen Freunde und künftigen Collegen, will ich mich wenden! Edle Wissbegierde, noch frei von jeglichem anderen Interesse, der jugendliche Feuereifer alle Gebiete seiner umfassenden Wissenschaft kennen zu lernen, werden im angehenden Arzte naturgemäss das Verlangen nach Unterricht in der Psychiatrie erwecken. Glücklich die Universität, die diesem Verlangen gerecht werden kann und die auch den praktischen Theil des Studiums auf diesem Gebiete gewährt! Selbst wahrnehmen, erfassen in eigener Anschauung will der Lernende, was über Geisteskrankheiten im engeren Sinne ihm vom Hören und Lesen bekannt ward; denn fester als der beredteste Vortrag, fester als klarste Darstellung in Schriften haftet und kräftiger wirkt auf das Denken der Inhalt lebendiger Anschauung.

Und nicht ganz fremd tritt der Mediciner der Psychiatrie entgegen. Störung der Seelen-Processe im Allgemeinen kennt schon der angehende Arzt; er kennt sie von anderen Kliniken her, entweder als regelmässige Erscheinung im Verlaufe bestimmter Krankheiten oder als Complication gewisser nicht seltener Leiden. An Betten fiebernder Kranken, nach Kopfverletzungen, bei Blutkrankheiten, speciell bei vielen Vergiftungen, acuten wie chronischen, bei vielen palpablen wie functionellen Erkrankungen des Nervensystems — überall da begegneten ihm neben anderen Erscheinungen auch schon Symptome gestörten Seelenlebens, ja er lernte dieselben bereits zur Diagnose, für die Prognose und bei der Behandlung dieser Leiden verwerthen.

Das aber waren nur Aphorismen, nur schwache Skizzen der Psychiatrie, aus denen kein Ganzes sich aufbaut; der rechte Eifer strebt weiter, er strebt der Vollkommenheit, dem Abschluss des Wissens auf allen Gebieten, dem systematischen Erfassen alles und jeden Gegenstandes zu. Also auch mit der Psychopathologie! Was Pathologe, Chirurg und Gynäkologe nur andeuten, was diese am Krankenbett nur gelegentlich zeigen konnten, das soll als Ganzes die psychiatrische Klinik bringen: die Gesammtheit der Seelenstörungen, deren Ursachen, Formen, Verlauf und deren Behandlung, alles das demonstrirt, bewiesen und nichts dogmatisch!

Mit Freuden wiederhole ich also: Glücklich die Universität, die so edlem Verlangen gerecht werden kann! Denn welch' ein edleres Verlangen kann es geben, als das nach Wissenschaft? Und was drückt mehr, als der Gedanke ein solches unbefriedigt zu sehen und zu wissen, welche Noth oft dieser Mangel herbeiführt? Immer und überall, hier wie im Auslande, höre ich sie, die stets gleich lautende Klage der älteren praktischen Aerzte: «Gelegenheit Psychiatrie zu studiren bot uns die Universität nicht, die Praxis liess uns nicht Zeit zum Selbststudium dieses Wissenszweiges und wie schwer haben wir das empfunden, büssen müssen die Unkenntniss mit Sorgen und schlaflosen Nächten!» Unter dem jungen Nachwuchs unserer Aerzte wird diese Klage bald verstummen. Haben wir doch jetzt — wonach noch vergeblich manch' andere Universität ringt — wir haben jetzt eine Klinik, die jedem Studirenden der Medicin Gelegenheit giebt, sich praktische Kenntnisse auf dem Gebiete der Psychiatrie zu erwerben und mit diesem Wissen gerüstet sicher hinaus zu treten in die eigene Praxis.

Aber auch der begabteste Kopf erfasst nicht Alles im Fluge, ja nichts ohne redliche Arbeit und eben deshalb ist jenes Wissen nicht ohne alle Mühe erworben!

Eigenartig, wie das jeder Specialität, ist auch das Studium der Irrenheilkunde. Statt der gewohnten, handgreiflichen, in Auge und Ohr fallenden, zum Theil von selbstthätigen Apparaten gezeigten Symptome der übrigen Krankheiten tritt uns hier eine andere Welt von Krankheitserscheinungen entgegen, die indirekt wahrgenommen, aus Mienen, Gebärden und Worten, überhaupt aus Handlungen, viel fach sogar aus Unterlassungen wollen erschlossen sein.

So viel wichtige, ja wirklich zum Theil charakteristische körperliche Symptome sie auch mit sich bringt, «Geistesstörung kann doch nur an geistigen Erscheinungen erkannt werden». Seelenschmerz, Angst, Verlangsamung des Denkens bietet der Melancholiker, der Maniakalische tolle Lustigkeit, Incohärenz der Ideen und Vielbegehrlichkeit; Wahnvorstellungen offenbart der Verrückte, der Schwachsinnige Geistesarmuth. Darauf kommt es vor Allem in erster Instanz an und nicht darauf zunächst, wie der Kranke genährt, wie gewachsen oder wie beschaffen sein Puls ist.

Aber wie jene psychischen, nicht allenthalben und immer so scharf markirten Symptome in jedem Falle gehörig würdigen, wie überall sie richtig verstehen, ja zum Theil überhaupt wie erkennen, als mit Hülfe des Wissens von den normalen Seelenerscheinungen, das der Verbindung von Studium und Lebenserfahrung entsprang? Ohne Psychologie, es ist ja selbstverständlich, ohne Psychologie daher kein rechtes Erfassen der Psychiatrie, wie ohne Physiologie kein Verständniss der Lehre vom Kranksein!

Wohl ist es wahr, auch theilweis begreiflich, dass der Arzt von heute im stolzen und — wer möchte es leugnen — im berechtigten Gefühle seiner streng naturwissenschaftlichen Richtung nicht viel oder gar nichts wissen will von speculativ-philosophischer Arbeit, als welche auch bis zur Stunde noch ihm die Arbeit der Psychologie erscheint. Aber ist sie denn wirklich philosophisch diese Psychologie? nicht auch naturwissenschaftlich? nicht ein Abschnitt der Physiologie des Nervensystems? Was wir Seelenerscheinungen heissen, ist doch nichts anderes als ein Complex von Hirnfunctionen, mithin wie jede andere Verrichtung des Organismus Object der Naturforschung!

Thatsache ist, dass jeder von uns in sich ein Bewusstsein findet. Empfindung habe ich, Gefühl, Wahrnehmung, Erinnerung, Phantasie, abstraktes Denken, Begehrungen, Willensimpulse und alles dessen bin ich mir völlig bewusst, so sagt doch ein jeder, der sich selbst zu beobachten fähig ist. Und gelang nicht zum Theil schon, diesen Bewusstseinsprocessen mit exacten Methoden der Messung nachzugehen, ward nicht durch Experiment wie durch klinische Forschung entdeckt, dass einige dieser Bewusstseinsprocesse in bestimmten Provinzen des Grosshirns lokalisirt sind? Stehen wir demnach beim Studium der psychischen Lebenserscheinungen nicht ganz auf naturwissenschaftlichem Grunde und Boden?

Dahin eben auf das Gebiet der Naturwissenschaften hat man ja jüngst überhaupt schon die Psychologie verpflanzt. Als speculative begründet, umgewandelt in eine empirische, wiedergeboren als physiologische Psychologie sieht man auf diesem Boden die Lehre vom Seelenleben kräftig gedeihen und wachsen und jetzt in Jahren mehr Früchte tragen, als sonst in Jahrzehnten.

Fürchten Sie aber nicht, meine jungen Freunde, dass zu der ohnehin schon grossen Zahl propädeutischer Wissenschaften, die Sie zum Studium der praktischen Medicin sich nothwendig aneignen müssen, Ihnen auf einmal noch eine neue, schwere, viel Zeit und Arbeit kostende Hilfswissenschaft soll aufgebürdet werden!

Was von Psychologie zum Verständniss des Irrseins unerlässlich ist, das bringt Ihnen die psychiatrische Propädeutik, die Einführung in das Studium der Geistesstörungen. Und das nicht einmal in Form einer psychologischen Einleitung, die viele Stunden erfüllt, sondern alles das stets im engsten Zusammenhang mit den einfachen Erscheinungen des gestörten Seelenlebens selbst. Erkennen Sie erst wie fast sämmtliche dieser Elementarsymptome nichts anderes sind, als normale psychische Vorgänge, die nur bei Krankheiten des Grosshirns in grösserem oder in kleinerem Massstab als der Gesundheit zukommt, verlaufen oder die unmotivirt, spontan, d. h. durch krankhafte Reizung des Hirnes veranlasst auftreten — wie leicht wird sie Ihnen da werden, die kleine geistige Anstrengung: die Beschäftigung mit physiologischer Psychologie, die Sie befähigt, tüchtige Kenntnisse in der Diagnostik der Seelenstörungen zu erwerben und damit dereinst als praktische Aerzte ganz und vollkommen den hohen, edlen Beruf zu üben, den Sie sich selbst als Lebensberuf gewählt haben!

[1] Bernhardt, Berl. klin. Wochenschr. 1878.
[2] Adamkiewicz, Charité-Annalen 1878.
[3] Déjérine, Gaz. médic. de Paris 1879.

So nun gerüstet trete der junge Arzt in die psychiatrische Klinik. Denn was hätte er sonst noch vorbereitend zu lernen, er, dem die übrige praktische Medicin im Ganzen bereits zu Gebot steht? Hier auf wieder rein praktischem Forschungsgebiete wird ihm die Fremdartigkeit des neuen Gegenstandes verschwinden, wird alle bisher theoretisch aufgenommene Kenntniss vom Irrsein mit einem Schlage Gestalt und frisches Leben gewinnen. Jetzt, da er selbst sieht und hört, beobachtet, da er concret denkt über den einzelnen Krankheitsfall, da regt sich bei ihm der praktische Sinn, der auf anderen Kliniken in ihm geweckt und ihm schon zur zweiten Natur ward. Zu wissen verlangt er von früheren Leiden des Kranken, vom Gesundheitszustand seiner Familie, vom Beginne der gegenwärtigen Krankheit, von deren möglicher Ursache und vom Entwickelungsgang der Störung bis zum Momente des Eintritts in die Klinik; denn er weiss, dass der Ausgangspunkt jeder Krankenuntersuchung immer die Anamnese ist, was für ein Leiden auch vorliegen mag. Und Manchen der Kranken hört er ruhig und klar die Anamnese berichten; ein anderer aber schweigt beharrlich auf jede Frage; ein dritter wird gar empfindlich, er meint man hat ihn zum besten, da ja seine Verhältnisse aller Welt bekannt seien und giebt gereizt nur unvollständige Antwort; ein vierter wieder spricht viel zu viel auf die einzelne Frage, bleibt nicht beim Thema und ohne Weiteres zeigt sich, dass fast alles unzuverlässig ist, was er vorbringt. Auf den ersten Schritt sieht also nicht selten der Praktikant sich vor eine unüberwindliche Kluft gelangt; was der erwachsene geistig Gesunde immer zu geben vermag, den reellen und brauchbaren Bericht über die eigenen Antecedentien — das leistet natürlich nicht jeder psychisch Gestörte. Andere — wie in der Kinderpraxis — müssen hier helfen und Auskunft ertheilen; und geholfen haben auch schon im Voraus die Aerzte der Anstalt: ein genauer Rapport über des Kranken Vorleben ist vom Hausarzte desselben erbeten, Angehörige, die ihn hereinbrachten, wurden über das, was zurückliegt, eingehend ausgefragt, und fertig geschrieben liegt eine vollständige Anamnese schon vor. Und welch' wichtige Aufschlüsse giebt dieselbe in vielen Fällen! Hier lehrt sie, wie nervöse Leiden und Zufälle, Trunksucht, ja selbst heftige Leidenschaft, absonderliches Wesen der Vorfahren, unter Umständen eine Generation überspringend, bei den Nachkommen zu ausgesprochenen Psychosen reiften; wie Nerven- und Hirnkrankheiten der Ascendenz beim Enkel ausliefen in schwere Defecte an Geisteskraft oder Charakter; dort berichtet sie, dass den Sohn im nämlichen Alter die gleiche Irreseinsform befiel, wie den längst schon genesenen Vater; hier, wie die bereits ältere Seelenstörung der Tochter doch erblich veranlagt, wie sie nämlich vorausgeeilt war dem kürzlich aufgetretenen Irresein der Mutter; und andere Male hören wir von der Blutsverwandschaft der Eltern unseres Kranken, dazu von Nerven- und Geisteskrankheit gemeinsamer Vorfahren dieser Erzeuger. Fieberhafte, kurzdauernde Hirnzufälle, von denen kein Lehrbuch was rechtes berichtet, hat in der Kindheit öfter ein Kranker gehabt, der einen stark abnormen Hirnschädel zeigt, ein anderer, jetzt tief blödsinnig, war schon im zartesten Alter das, was man ein Wunderkind nennt; dieser Verrückte spann sich vor Jahren, ein einsames Kind, phantastisch, in halber Verzückung den Inhalt gelesener Märchen aus. Langsam nach längst vergessenem Sturz auf den Kopf, kaum merklich zuerst und nicht für krankhaft gehalten, entwickelte sich bei einem periodisch der Wuth verfallenden Kranken Wandlung im Fühlen und Denken, die in den Zwischenzeiten der Wuthattaquen jetzt erschreckend deutlich am Tage liegt. Hier wird uns berichtet von heftigem Schreck, dem unmittelbar das Irresein folgte, dort von Typhus, aus dem der Genesende geistig verändert hervorging, und hier wieder von Insolation, von Wärmebestrahlung des Kopfes, da von erschöpfender Blutung, von anderen Schäden in anderen Fällen!

Wenn also in dieser Weise zum Theil vom Bericht eines praktischen Arztes der Besucher der Klinik erfährt, was selbst zu erforschen er sich ausser Stand sieht, wie dankbar wird er da sein, welch' schöne Erinnerung wird er da mitnehmen und damit den Vorsatz, in gleichen Lagen dereinst durch gründliche Krankenberichte dem Institute zu nützen, dem er selbst einen wichtigen Theil seiner praktischen Bildung verdankt?

Anfangs freilich noch oft geleitet vom Lehrer, aber doch selber schon forschend, ermittelt der Praktikant den gegenwärtigen Zustand des Kranken. Mannigfaltige, bald aus vielen Symptomen, bald von nur wenigen, aber pathognomischen, scharf markirten Zügen zusammengesetzte Krankheitsbilder zeigt ihm der Status praesens der einzelnen Fälle. Hier bei dem exaltirten Patienten — da bieten sich alle Symptome von selbst: man braucht nur zu sehen, zu hören. Wie er beständig sich regt, keinen Augenblick ruhig sitzt oder steht, so ist er geschwätzig und laut, sein Denken springt von Idee zu Idee, jäh' wechselt die Stimmung; ihm fehlt jede Haltung und Rücksicht, zuthunlich wird er und keck, verräth ohne Scheu sein geheimstes Begehren, auch tactlos anderer Schwächen und Blössen, bespottet mit Witz den einen und insultirt mit Thaten den andern. Ein zweiter der Kranken, der nicht eine Miene verzieht, wie erstaunt oder stumpf vor sich hinblickt, der gar nichts erwidert, was man auch frage, bleibt stehen, wo Jemand ihn hinschiebt, ja wie man die Glieder ihm streckt oder beugt, sie verharren für lange Zeit starr in derselben, Gesunden beschwerlichen Stellung. Leise redend in ängstlicher Hast, mit scheuem, wie suchendem Blicke erhebt eine Frau viele Klagen gegen sich selber, aus längst vergangener Zeit, vielleicht aus der Kindheit kleinste Vergehen und Sünden erzählend und auseinandersetzend, wie sie um dieser willen verloren, verdammt sei, wie nur der bald zu hoffende Tod sie zu erlösen vermöge. Eifrig mit eigenem Pathos entwickelt ein junger Mensch, wie Niemand ihm wohl will, alle ihn höhnen, wie dieser und jener beharrlich ihm nachstellt, geistig und körperlich schadet und alles das nur, weil er selbst von hoher Geburt, jedoch verleugnet und tendenziös unterdrückt ist, weil er Fähigkeiten und Macht hat, die Niemand ihm gönnt, wie also lediglich Neid und dem entspringender Hass ihn zu vernichten bestrebt sind. Hier delirirt ein Mann von mittlerem Alter mit lallender Zunge und zitternden Lippen von höchstem Rang, von Milliarden, die er besitze; er wähnt jede Kunst zu verstehen, jede Wissenschaft zu umfassen, er, der sich unfähig erweist zu einfachsten Acten concreter Erinnerung. Jene Kranke, die dort eine häusliche Arbeit verrichtet, zeigt äusserlich gar keine Anomalie und selbst bei längerem Gespräche entwickelt sie nur correcte Gedanken; unbedingt für genesen müsste sie gelten, verstünde der Arzt nicht, der sie genau kennt, lediglich durch ein Wort, eine einzige Frage nur die verkehrtesten Vorstellungen ihr zu entlocken.

Diese und zahlreiche andere Gruppen von psychischen Krankheitserscheinungen kennen und leicht unterscheiden lehrt die psychiatrische Klinik den angehenden Arzt, und weiter lehrt sie die regelmässige Wiederkehr dieser so abgegrenzten Symptomencomplexe. Denn was auch besondere Verhältnisse an Variationen der einzelnen Fälle bedingen — das, was wesentlich, was specifischer Zug ist im Krankheitsbilde, das springt für den Kenner doch immer klar und deutlich hervor. So sieht denn der angehende Arzt schon nach kurzem Verlauf seiner klinischen Studien, dass auch das Irresein typische Formen hervorbringt, dass auch den scheinbar so freien Seelenverrichtungen die krankhafte Störung unabänderlich feste Gesetze vorschreibt.

(Schluss folgt.)

Referate.

Scherschewsky: Die Affectionen des Larynx in der Ataxie (Tabes dorsalis). (Wratsch 1881, № 31 u. 32, — Révue de médéc. 10 Juillet 1881, Contributions à l'étude des crises laryngées tabétiques.)

Charcot hat in einer Vorlesung 1878 die bei der Tabes vorkommenden Symptome je nach ihrer Constanz und pathognomonischen Bedeutung in 4 Kategorien getheilt und zwar in absteigender Ordnung: 1) lancinirende Schmerzen — Fehlen der Sehnenreflexe — Coordinationsstörungen — Sehnervenatrophie — Myosis *spinalis*; 2) Anästhesie en plaques — Verlust des Ortssinns — Schwanken bei Lidschluss — schiessende Kopfschmerzen — Lähmungen der Augenmuskeln — Blasenstörungen; 3) Hörstörungen — gastrische Anfälle — Affectionen der Gelenke; 4) Nierencoliken — Muskelatrophie — Herpes zoster. In dieser Aufzählung der Symptome fehlt aber eins, das zuerst von Ferrial 1868 beschrieben worden ist, nämlich die Affectionen des Larynx und der Bronchien bei Tabes dorsalis. Verf. hat in der vorliegenden Arbeit 181 ausschliesslich der französischen Literatur angehörende einschlägige Fälle zusammengestellt und bringt die krampfhaften Kehlkopfstörungen in 3 Gruppen:

1) *Leichter Anfall*: Keuchhusten ähnliche kurze, rasch auf einander folgende Exspirationen und nachfolgende lang gezogene pfeifende Inspiration mit stockendem Auswurfe und starker Dyspnoë; Dauer — einige Secunden bis $1^1/_2$ Minuten.

2) *Mittelstarker Anfall* — Husten viel heftiger, Congestion im Gesicht und Conjunctiven, Hervortreten der Bulbi, keuchende Inspiration; dabei Kopfschmerz, Schwindel, Uebelkeit, Erbrechen, unwillkürliche Stühle; Dauer 5—10 Minuten.

3) *Sehr starker Anfall* — Respirationsstillstand, hochgradige Cyanose des Gesichts, vollkommener Verlust des Bewusstseins, epileptiforme Krämpfe, Asphyxie; Dauer 20—30 Minuten bis zu mehreren Stunden.

Die Anfälle traten zuweilen plötzlich oder nach vorhergehenden Parästhesien und Paralgien ohne jede äussere Ursache, während des Schlafes, bei Zugluft und Barometer- und Temperaturschwankungen in verschiedener Frequenz auf; ein Mal wurden 50 Anfälle in 24 Stunden notirt. Das Laryngoskop wies nur in einigen wenigen Fällen Paralyse oder Parese eines M. arytaenoideus post. nach, meist war der Befund negativ.

S. schliesst sich vollständig der Meinung Charcot's an, dass die laryngealen Krisen auf einer Hyperästhesie der Larynxschleimhaut und einer gesteigerten Erregbarkeit des Hustencentrums basiren; die anatomische Basis derselben könnte, nach zwei Sectionsbefunden, in welchen neben der gewöhnlichen grauen Degeneration der Hinterstränge Verdünnung der Vago-Acessoriuswurzeln, Atrophie und graue Degeneration der hinteren Pyramiden und ein kleiner Erweichungsherd im linken Corpus restiforme gefunden wurde, in einer Affection der Medulla oblongata zu suchen sein.

Die laryngealen Krisen sind wesentliche Symptome der Tabes dorsalis und traten in 13 Fällen, in welchen der Eintritt derselben genau angegeben war, 9 Mal ganz im Beginne der Krankheit auf, machten aber zuweilen längere Zeit hindurch, — 1 bis 13 Jahre — allein das Krankheitsbild aus. Hz.

E. C. Wendt: Ueber Trichinosis (Medical Record, № 24, 1881).
W. H. Smith (Michigan): **Trichinen.** (The physician and Surgeon, № 6, June 1881).

In der New-Yorker pathologischen Gesellschaft theilte Wendt seine Experimente mit, die er mit trichinösen Muskeln angestellt, welche er von Dr. Kudlich aus *Hoboken* erhalten, wo eine Frau nach Genuss von Schweinefleisch mit allen characteristischen Anzeichen der Trichinose erkrankte und bald darauf starb. Der gleichzeitig erkrankte Mann genas.

Der grösste Theil der Trichinen hatte sich bereits spiralförmig zusammengerollt, ein Zeichen, dass sie sich zur Einkapselung bereiteten. — Einen Theil der trichinösen Muskeln setzte W. 4 Tage lang stärkerer Kälteeinwirkung (selbst Frost) aus, worauf die Trichinen leblos erschienen, nach allmäligem Erwärmen bis auf 37,5° C. (100° F.) stellten sich wieder Bewegungen ein. Ein anderes Muskelstückchen liess W. faulen, jedoch noch 30 Tage nach dem Tode der Frau erwiesen sich die Trichinen als lebendig. Das Quetschen frischer Muskeln hatte nur den Einfluss, das die Bewegungen lebhafter wurden.

Ferner prüfte W. das Verhalten zu verschiedenen Reagentien. Speichel blieb ohne Einwirkung, schwache Lösungen von Säuren und Alkalien verlangsamten die Bewegungen, starke Lösungen beider tödteten sie jedoch sofort, in Glycerin dagegen lebten einige noch bis 10 Minuten.

Ein weiteres Muskelstückchen wurde der künstlichen Verdauung in einer entsprechenden Flüssigkeit ausgesetzt und zwar 12 Stunden lang, bei einer der Körpertemperatur entsprechenden Wärme. Die Untersuchung dieses Stückes ergab, dass der Muskel fast verdaut war, die Trichinen sich jedoch, wenn auch langsam, bewegten. Besonders bemerkenswerth dabei war, dass die Trichinen während dieser Stunden entschieden gewachsen waren, doch konnten trotz der Grössenzunahme keine Geschlechtsunterschiede constatirt werden.

Aus der nachfolgenden Discussion verdient hervorgehoben zu werden, dass Carpenter bei Sectionen die Trichinen häufiger im M. pectoralis und Diaphragma als im M. deltoides und gastrocnemius gefunden.

Satterthwaite bemerkte, dass die Incubationszeitannahmen zwischen 10—42 Tage schwanken und darauf bezügliche genauere Beobachtungen wünschenswerth erscheinen. Bezüglich der Häufigkeit der Trichinose in Amerika erwähnt er, dass man in Chicago bei 8% der geschlachteten Schweine Trichinen gefunden.

Smith hebt hervor, dass im Gegensatz zu Groff, der Katzen *vergeblich* mit trichinösem Fleisch gefüttert, es Leuckart und Cobbold gelungen sei, Katzen und Mäuse trichinös zu inficiren. Letzterer berechnete, dass sich in einer Unze trichinösen Katzenfleisches 325000 Trichinen befanden. Ferner macht S. darauf aufmerksam, dass der Versuch von Groff die Immunität einzelner Individuen gegen Trichinen beweise, wofür auch folgende Liste der Thiere spreche, an denen Trichinenfütterung versucht worden. Trichinen wurden constatirt bei Schweinen, Hunden, Katzen, Igel, Ratten, Kaninchen Kälbern, Fischen und Hippopotamus. Nicht inficirt werden konnten Schafe, Ziegen, Raben, Gänse und Hühnchen. Hieraus lässt sich der Schluss ziehen, das Trichinose am Häufigsten bei Carnivoren, seltener bei Herbivoren und, wie es scheint, nie bei Vögeln vorkommt.

P.

Westphal: Gelenkerkrankungen bei Tabes. (Berl. kl. W. № 29.)

W. stellte in der Berl. medicin. Gesellsch. einen Kranken vor, der die betreffenden Leiden in beiden Kniegelenken präsentirte. Das Leiden besteht in einer bisweilen plötzlich auftretenden Gelenkentzündung, welche mit Schwellung um das Gelenk und Erguss in dasselbe beginnt, fast nur die grossen Gelenke betrifft, schmerzlos ist und im weiteren Verlaufe zu grossen Deformitäten führt; — Zerstörung der Bänder, Usur der Knochenenden (bis zu totalem Schwund eines Femurkopfes), Verdickung der Kapsel, Zottenwucherung, Bildung freier Gelenk-Körper. Das Leiden ist zuerst von Charcot beschrieben und ist sein Vorkommen bei Tabes sowohl in frühen wie in späten Stadien ein so häufiges, dass ein Zusammenhang angenommen werden muss, obgleich bis jetzt eine befriedigende Erklärung desselben nicht gelungen ist.

—o—

Chvosteck: Suppurative Leberentzündung. (Wiener Klinik Heft 5 und 6).

Verf. giebt in einer kleinen Monographie ein übersichtliches Bild der suppurativen Hepatitis und zwar ist es hauptsächlich die secundäre Hepatitis, mit welcher Verf. sich beschäftigt. Vor Allem wird eine eingehende Angabe der Pathogenese und Aetiologie derselben geliefert. Verf. hat sämmtliche nur irgend wie einschlägige Literatur benutzt und recurrirt auf 15 von ihm selbst beobachtete Fälle, die theils in der «Wr. med. Presse,» «Wr. med. Blätter» und in der «Med. chirg. Rundschau» veröffentlicht worden sind. Was die Hepatitis supp. der heissen Länder betrifft, so wird das häufige Befallenwerden der Europäer hauptsächlich auf Alcoholmissbrauch geschoben. — Ein directer Zusammenhang der Dysenterie mit der Hepatitis, welcher von vielen Autoren bisher behauptet wurde, wird auf Grund von Beobachtungen der Aerzte in heissen Ländern geleugnet. —

Nachdem Verf. die verschiedenen Ansichten der Autoren über den path. anatomischen Befund im Beginn der Krankheit gegeben und auf die Verschiedenartigkeit des Symptomencomplexes während des Krankheitsverlaufes aufmerksam gemacht, giebt er die Symptome, Prognose und Casuistik bei den verschiedenen Durchbrüchen.

In Bezug auf die Therapie werden erwähnt: locale Blutentziehung resp. die von Maclean und Berenger-Ferand empfohlene directe Blutentziehung aus der Leber mittelst Dieulafoy's Apparat. Verf. spricht sich gegen Blutentziehung und für Abführmittel, kalte Compressen, verschiedene Hautreize und, sobald ein Abscess constatirt ist, möglichst frühzeitige Eröffnung aus.

Zur Feststellung des Abscesses wird die Explorativpunction als absolut unschädlich empfohlen, als Operationsmethode die Punction mittelst mittelgrossen Troikarts, Liegenlassen der Canüle und nachherige Drainage der Punctionsöffnung. —

R.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

G. Mayer: Ueber heilbare Formen chronischer Herzleiden einschliesslich der Syphilis des Herzens. Aachen, Verlag von J. A. Mayer gr. 8° 39 S.

Als heilbare Formen chron. Herzleiden bezeichnet Verf. solche, welche die Möglichkeit zulassen, dass der Kranke frei von wesentlichen objectiven und subject. Krankheitssymptomen auf längere Zeit sich völligen Wohlseins erfreut. Die Klappenfehler zuerst anlangend, theilt Verf. vollkommen die Ansichten von Jacksch, die derselbe 1860 in seiner Arbeit «über die spontane Heilung der Herzklappenkrankheiten» niedergelegt hat. Nach eigenen Erfahrungen sind die Fälle nicht selten, wo eine Accommodation des Klappenapparats eintritt, es ist nur erforderlich, dass ein Theil dieses Apparats in normalem Zustande geblieben, seine Elasticität bewahrt habe, so dass er sich durch Erweiterung, Ausdehnung etc. den veränderten Bedingungen accommodiren kann. Hieran schliessen sich Fälle, wo nach überstandenem acutem Rheumatismus frische entzündliche Exsudate auf den Klappen durch warme Soolbäder, etwa durch eine Nauheimer Kur, resorbirt wurden. Verf. führt aus eigener Erfahrung zwei Fälle von Mitralinsufficienz an, die Jahre lang bestanden hatten und ganz oder fast ganz schwanden, durch Accommodation im Sinne von Jacksch. Beide Fälle betreffen Kinder, die eine rheumat. Endocarditis durchgemacht hatten.

Die zweite Form zuweilen heilbarer Herzleiden betrifft Insufficienzen des Herzens, Fälle unzureichender und geschwächter Herzkraft. Zuerst die durch excessives Wachsthum bedingten, die man besonders bei Mädchen beobachtet, und die grösste Schonung der Kräfte und sorgsamste allgemeine Diät erfordern, übrigens eine gute Prognose haben, wenn nicht angeborene Enge des Aortensystems vorliegt. Eine zweite Form mit meist guter Prognose ist die körnige Degeneration nach acuten Infectionskrankheiten, hoffnungslos sind die Fälle von Fettdegeneration des Herzens bei perniciöser Anämie und Phosphorvergiftung.

Eine grosse Anzahl Fälle von Insufficienz des Herzens bleibt übrig, unter welchen die von Stokes als «weakened heart» bezeichnete Form eine bedeutende Rolle spielt, und welche sich durch Ausweitung der Herzhöhlen mit verminderter Kraft des Herzens charakterisiren. Veranlassung: Fettauflagerung und -Einlagerung, Entartung der Muskelbündel durch Arteriosclerose, nervöse Ursachen, Alkoholmissbrauch, Gicht, functionelle Ueberanstrengung, chron. diffuse Myocarditis, nicht selten Syphilis. Die Prognose ist weniger schlecht als allgemein angenommen wird. Neben der causalen Behandlung ist hier die lange und consequente Anwendung der Digitalis am Platz, in entsprechenden Fällen zusammen mit Eisen. Eine Krankengeschichte folgt.

Die Syphilis des Herzens tritt als Gumma auf, als interstit. Myocarditis, auch als speckige Degeneration. Die Symptome sind die der Herzinsufficienz; bezeichnend für die Annahme, dass wohl ein grosser Theil der Myocarditis syphilit. Ursprungs sei, ist der von Friedreich hervorgehobene Umstand, dass das männliche Geschlecht bei Aetiologie der Myocarditis prävalirt, und das reifere Mannes- und Greisenalter die meisten Fälle liefert. Dann macht Verf. auf die grosse Wirksamkeit der Mercurialbehandlung in Stokes Fällen aufmerksam. Eine prägnante Krankengeschichte aus eigener Erfahrung führt Verf. noch an, und schliesst mit dem Rath, in solchen Fällen von Herzinsuffienz, wo Syphilis nachweislich vorausging, den Gebrauch des Quecksilbers oder grosser Gaben von Jodkali nicht unversucht zu lassen.

S—t.

Russische medicinische Literatur.

№ 213. Wratsch. № 35.

Inhalt: a) J. Lwow: Zur Casuistik des Kaiserschnitts nach der Porro'schen Methode.
b) R. Albrecht: Ueber Pustula maligna (Schluss).
c) D. Dubelir: Einige Versuche über den Einfluss des Wassers und Kochsalzes auf die Ausscheidung des Stickstoffs.
d) G. Karrik: Ueber Kumyss (Forts.).
e) J. Troizki: Drei Fälle von Verletzungen durch Blitzschlag.
f) S. Peresswetow: Ein Fall von langem Verweilen eines Fremdkörpers in der Nase.

№ 214. **Wojenno-Sanitarnoje Djelo.** № 18.
Inhalt: a) A. Sandrock: Die Evacuation der Kranken und Verwundeten im letzten Kriege.
b) J. Talko: Ueber die Soldaten des Warschauer Militärbezirks, welche ihr Augenlicht im letzten Kriege eingebüsst haben.
c) N. Goldenberg: Die Kleidung unseres Soldaten.

№ 215. **Der internationale medicinische Congress in London** im Jahre 1881. Sitzungsberichte der geburtshülflichen Section. Mitgetheilt von Prof. K. Slawjanski (Separatabdruck aus dem Journal: „Medizinskaja Biblioteka").

№ 216. **Wratschebnija Wedomosti.** № 33.
Inhalt: a) A. Krassin: Ueber die Behandlung der Cholera infantum mit Kumyss.
b) H. Rodsewitsch: Statistik der Menstruation bei den Frauen St. Petersburg's.
c) Th. Heydenreich: Der Sanitätszustand des Beresow'schen Kreises am Ural.

№ 217. **Westnik Wodoletschenija.** September-Heft 1881.
Inhalt: a) Hydropathische Behandlung der acuten Krankheiten.
b) Oldekop: Der Schlamm des Tinak-See's bei der Stadt Astrachan.
c) N. Sljunin: Die Mineralwässer der Grenzscheide Pedou im Ferghana-Gebiet.

№ 218. **Medizinskoje Obosrenje.** Augustheft 1881.
Inhalt: a) Grünstein: Ein Fall von Verlust des Geruchs und Geschmackes.
b) Laugowoi: Ueber Nierencirrhose.
c) Kitajewski: Ein Fall von Magenresection wegen Krebses. (Aus dem Peter-Paulhospital in St. Petersburg.)

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— La independencia medica № 1—8.
— Desinfection und desinficirende Mittel von Prof. E. Reichardt. — Ferd. Enke. Stuttgart 1881.
— Fourth annual announcement of the dental department of the university of Pennsylvania. 1881 bis 1882.
— Beobachtungen über Glaskörperrhexis bei Scleralextraction von Dr. Rheindorf. — C. F. Winter. Leipzig und Heidelberg 1881.
— Ueber die Behandlung der wichtigsten Magen-Darmkrankheiten des Säuglings von Dr. O. Soltmann. — H. Laupp. Tübingen 1881.
— Der alte und der neue Impfglaube von Dr. A. Vogt. — J. Dalp. Bern 1881.
— T. H. Huxley's Leitfaden für praktische Biologie, deutsch von Dr. O. Thamhayn. — Ferd. Enke. Stuttgart 1881.
— Compendium der Pharmacie, Lief. 23—25, von Dr. R. Godeffroy. — M. Perles. — Wien 1880.
— Aerztliches Vereinsblatt № 112.

Internationaler medicinischer Congress in London.

(Nach der Berliner klinischen Wochenschrift.)

IV.

In vieler Beziehung interessant war der von Dr. Billings, einem der ersten Militärärzte der Vereinigten Staaten, gehaltene Vortrag «über unsere medicinische Literatur».

Ungefähr der dreissigste Theil der gesammten Literatur der ganzen Welt gehört der Medicin an, und bildet eine Bibliothek von etwas über 120000 Bänden und gegen doppelt soviel Brochüren etc., die sich jährlich um etwa 1500 Bände und 2500 Brochüren vermehrt. Eine genauere Analyse dieses Materials ergiebt, dass verhältnissmässig zu der Anzahl der Aerzte die meisten Schriftsteller in Frankreich, die wenigsten in Amerika sind. (Doch rechnet B. die französischen Thèses de Doctorat mit, während er die deutschen Inauguraldissertationen nicht zählt.) Im Jahre 1879 wurden in Frankreich 541, Deutschland 364, England 182, Italien 32 (?), den Vereinigten Staaten 310 und in den übrigen Ländern 246 neue und originale Bücher und Aufsätze herausgegeben, worunter die in den Zeitschriften und Berichten der Akademien etc. veröffentlichten Publicationen nicht inbegriffen sind. Gerade in letzteren aber liegt der Schwerpunkt oder wenigstens der eigenthümliche Charakter unserer heutigen Literatur, wie sie denn auch die Hälfte der laufenden Publicationen ausmachen. Sie bildeten im Jahre 1879 die stattliche Reihe von 655 Bänden, an denen sich die Vereinigten Staaten mit 156, Deutschland mit 129, Frankreich mit 122, England mit 54, Italien mit 65 und Spanien mit 24 betheiligten. Die Gesammtzahl der Originalarbeiten in denselben betrug etwas über 20,000, und zwar in den einzelnen Ländern der obigen Reihenfolge nach 4781, 4027, 4608, 3592, 1210, 703, und in den übrigen Ländern 1248. Doch sind, obgleich ihre Gesammtzahl von Jahr zu Jahr wächst, viele dieser Journale recht kurzlebig, so dass 1880 nicht weniger wie 24 Todesfälle auf 78 Geburten in diesem Zweige unserer Literatur zu verzeichnen waren. Im Jahre 1879 wurden 167 Bücher und Monographien und 1543 Journalartikel über Anatomie, Physiologie und allgemeine Pathologie, und zwar die meisten in Deutschland, dann in Frankreich, veröffentlicht. Die Zahl der Schriften über practische Medicin im engeren Sinne belief sich auf 19,200, wobei sich die einzelnen Länder in folgender Reihe betheiligten: Frankreich, Vereinigte Staaten, Deutschland, England, Italien, Spanien. Alle diese Zahlen sind keineswegs als absolute zu nehmen. Sie geben nur annähernde Werthe, aber sie sind andererseits sicher genug, um daraus eine Uebersicht über den Stand unserer heutigen medicinischen Literatur gewinnen zu können. «Kurz gesagt steht Deutschland der Qualität und Quantität nach an der Spitze der wissenschaftlichen Medicin, und die heranwachsende Generation der Aerzte lernt deutsche Physiologie. Doch verbreitet sie sich nach allen Seiten, und wissenschaftliche Arbeit findet sich mehr und mehr bei allen Nationen». Therapie und practische Medicin aber, meint Billings, lernt jeder Mediciner am besten zu Hause oder gewinnt wenigstens dort unter denen, die er zu behandeln hat, die besten Erfahrungen. Wie jedes Individuum nach gewissen Richtungen hin eine ganz besondere Eigenthümlichkeit hat, so dass sich nicht einmal die kleinen Furchen auf den Fingern zweier Personen gleichen, und wie es hereditäre Anlagen in gewissen Familien giebt, so geht es auch mit Nationen und Raçen, und der erfahrene Practiker Amerikas, dieses grossen Gemisches aller möglichen Nationalitäten, kennt diese Raçeneigenthümlichkeiten bezüglich des Verlaufes etc. der Krankheiten recht gut. Nach einer kurzen Abweisung der Ansicht, als habe die Beschäftigung mit den Wissenschaften auch in der Medicin mehr und mehr nur den Zweck, materiellen Interessen zu dienen, ging der Redner auf die Sammlungen der Bücherliebhaber und die Bibliotheken ein, wobei er allerdings vornehmlich amerikanische Zustände im Auge zu haben schien. «Ich könnte ein Dutzend amerikanischer Aerzte nennen, sagte er, die europäischen Agenten offene Ordres für alle Bücher ihrer Specialität gegeben haben, und in deren Regalen sich Bände aus dem 15. und 16. Jahrhundert finden, die als «rarissime» angesehen werden. . . und wenn die gesammte medicinische Literatur der Welt mit Ausnahme der in Amerika sich befindlichen plötzlich unterginge, so könnte nahezu alles, was werthvoll ist, mit Leichtigkeit reproducirt werden». Der Frage, was denn schliesslich aus dieser stetig anwachsenden Bücherfluth werden soll, welche in denselben Proportionen fortschreitend, in kurzer Zeit zu ganz unmöglichen Zahlen führen müsste, darf man damit entgegentreten, dass einmal der Zuwachs wesentlich auf Seiten der jüngeren Culturvölker (Amerika, Russland, Süd-Asien etc.) ist, während die Menge der Autoren und Publicationen in West-Europa nicht mehr steigt, sodann, dass durch einen Condensationsprocess ein grosser Theil des Materials auf ein kleineres und übersichtliches Maass zusammengepresst wird. Billings legt keinen besonderen Werth auf historische Studien, die weiter wie bis zum Anfang unseres Jahrhunderts zurückgehen, und wenn ein gebildeter Arzt auch seinen Galen, Hippokrates, Harvey, Hunter u. A. mehr ihrer Methode und ihres Styles als ihrer factischen Angaben wegen gelesen haben müsste, so könne er auch dies leichter in modernen Uebersetzungen als in den Originalen thun. Das, was wirklich Werth habe, sei längst Gemeingut geworden und in jedem Lehrbuch zu finden. Neunundneunzig Mal unter Hunderten sei es überflüssig, auf bibliographischem Wege nachzuforschen, ob eine Thatsache schon früher beobachtet, eine Frage schon früher in Arbeit genommen sei, wenn sie sich nicht in den gangbaren Lehrbüchern oder Monographien über den betreffenden Gegenstand erwähnt findet. Vieles, was uns in Sammelwerken etc. als bibliographische Notiz aufgetischt werde, sei zudem Humbug, aus zweiter Hand zusammengebracht, ein Irrthum schleiche sich von einem Werk ins andere und nehme schliesslich nicht selten ganz wunderbare Formen an. Keineswegs solle der Werth antiquarischer resp. historischer Forschung geschmälert werden. Aber es giebt — und dies namentlich von dem Standpunkt der Arbeitstheilung und Zeitersparniss aus — eine lebendige und eine todte medicinische Literatur. Letztere ist keineswegs immer die alte, erstere durchaus nicht immer modern. Zur leichteren Benutzung der Literatur könne noch Vieles geschehen. Einmal könnte die Einrichtung der Bibliotheken und die Abfassung der Cataloge verbessert werden. Zu zweit kann das Studium der Literatur durch eine genaue Titelbezeichnung, durch Correctheit in den Ausdrücken, durch möglichst absolute Wiedergabe des Beobachteten erleichtert werden. Denn da es sich schliesslich doch immer um den Vergleich beobachteter Thatsachen handelt, so ist es klar, dass dies um so eher und besser geschehen kann, je mehr sich alle Beobachter von dem persönlichen Fehler frei zu machen suchen und die eben genannten Punkte berücksichtigen. Dies ist in der wissenschaftlichen Medicin weit mehr der Fall als in der Praxis, von der B. hofft, dass ihr aus der schnell zunehmenden Verbreitung wirklich wissenschaftlicher Registrirungsmethoden der gleiche Vortheil erwachsen möge. «Es giebt 4 goldene Regeln für jeden Autor: 1) Habe überhaupt etwas zu sagen. 2) Sage es kurz und bündig. 3) Höre auf, sobald Du es gesagt hast. 4) Gieb Deinem Aufsatz einen richtigen und bezeichnenden Titel. «Wer einen Fall bis in die kleinsten Details hinein mit umständlichster Abschätzung des Effectes jedes einzelnen therapeutischen Momentes wiedergiebt, und auch nicht eine Phase des ganzen Krankheitsverlaufes unerklärt lässt, giebt damit gewöhnlich dem Verdachte Raum, entweder oberflächlich beobachtet, oder etwas unterdrückt, oder einige Facta verdreht zu haben.»

Schliesslich mögen aber auch, fährt B. fort, die Herausgeber der guten Journale sich ihrer Verantwortlichkeit bei der Aufnahme der einzelnen Arbeiten bewusst sein. Die Gesellschaft thut hier viel und manche Arbeiten, denen man an und für sich ihres Inhaltes oder der Person ihres Autors wegen wenig Vertrauen schenken würde, beanspruchen dasselbe namentlich Fernerstehenden gegenüber dadurch, dass sie in guter Gesellschaft erscheinen.

Die Wissenschaft ist eine «Topographie der Unwissenheit» genannt worden, weil wir von einigen höheren Punkten aus weite Felder absolut unbekannter Details trianguliren, und das Gesammtresultat aller Civilisation bezeichnete Stephen in etwas cynischer Weise als: «300 Millionen Chinesen, 200 Millionen Eingeborene von Indien, 200 Millionen Europäer und Nordamerikaner, ein- bis zweihundert Millionen Centralasiaten, Mongolen, Südsee-Insulaner etc. und über ihnen allen die Bibliothek des Britischen Museums in London, als kurzes Ergebniss eines unendlich langen Kampfes zwischen dem menschlichen Geist und seinen Widersachern!» So spiegelt jeder Band unserer Bibliotheken zu einem grossen Theil das Leben eines Mitgliedes unseres Standes wieder, und seine Arbeiten sind es, die uns seinen Namen erhalten haben.

Die Rede Volkmann's «Ueber die Veränderungen, welche die Chirurgie in den letzten zehn Jahren durchgemacht hat», brachte, wie erwartet, eine glänzende Darstellung des erfolgreichen Umschwunges, den die Chirurgie unter dem antiseptischen Verfahren genommen hat und eine unumwundene und enthusiastische Anerkennung des Mannes, dessen Name auf immer mit ihm verknüpft ist, Joseph Lister's. Von den statistischen Angaben, die V. brachte, führen wir an, dass er von 135 complicirten Fracturen keine einzige an Pyaemie oder Septicaemie verlor. 133 wurden geheilt, 2 starben, 1 an Fettembolie der Lungen während der ersten Stunden, 1 an Delirium tremens. Amputationen der grösseren Gliedmassen führte er 400 aus, mit 4 bis 5 pCt. Mortalität, und wenn 57 Fälle, in denen die Operation wegen acuter septischer Processe gemacht werden musste, besonders verzeichnet werden, so ergiebt sich für diese eine Mortalitätsziffer von 30 pCt., die auch immer noch viel niedriger als die frühere vor der Einführung der Antisepsis erhaltene Zahl ist. Mehr als 200 Mal wurden erkrankte Kniegelenke mit günstigem Resultat geöffnet und ausgewaschen. V. verwahrte sich lebhaft gegen den Vorwurf, falsche Statistik zu treiben, wohl aber nahm er das Recht für sich in Anspruch, nur gleichwerthige Fälle mit einander zu vergleichen. Alsdann ging er zu einer Aufzählung aller der in letzter Zeit unternommenen Operationen, von der Incision der Gelenke bis zur Resection des Pylorus, über, die nur mit Hülfe des antiseptischen Verfahrens ausführbar sind. Hierzu bemerkt die «Lancet»: «Die neuen Operationen, welche uns der Redner vorführte, sind noch zu jung, um ein sicheres Urtheil über sie zu ermöglichen, und sehr strenge Kritiken wollen viele der sog. Triumphe der antiseptischen Chirurgie nur als eine muthwillige Herausforderung der Widerstands- und Heilkraft der Natur betrachtet wissen.» Offenbar ist der Einfluss, welchen die Lister'sche Methode auf die Mortalitätsziffern der Chirurgen in England gewonnen hat, viel kleiner als bei uns, weil die Resultate doch im ganzen schon früher viel bessere waren als andernorts, und es hat fast den Anschein, als ob das alte Wort, «der Prophet gilt nichts in seinem Vaterlande», noch immer gültig wäre. So war die warme Anerkennung, welche Lister von Volkmann gezollt wurde, gewiss am Platze. Und wenn Volkmann in einer Art Glaubensbekenntniss schliesslich sagte, «der Chirurg ist verantwortlich für jede Störung im Wundverlauf, auf ihn fällt die Schuld zurück, wenn sich eine fieberhafte Entzündung ausbildet oder eine Amputationswunde nicht prima intentione heilt, oder gar eine grössere Eitersenkung oder Pyaemie eintritt», so ist es wesentlich der Einfluss Lister's auf die deutsche Chirurgie, der einen der ersten deutschen Chirurgen diese apodictischen Sätze aussprechen lässt.

Miscellen.

— Der Ober-Militär-Medicinalinspector, Geheimrath Koslow, welcher in der letzten Zeit stellvertretend fungirte, ist dieser Stellung nunmehr enthoben worden, — mit Belassung in der Stellung eines beständigen Mitgliedes des gelehrten Militär-Medicinal-Comités.

— Wir haben schon mehrmals Gelegenheit gehabt, über das unbefriedigende Verhältniss zwischen manchen Landschaften und ihren Aerzten zu berichten. Heute ist es das Rostow'sche Landschaftsamt (Gouv. Jaroslaw), welche uns dazu Anlass giebt. Im März dieses Jahres sahen sich nämlich, wie wir dem «Wratsch» entnehmen, sämmtliche drei Aerzte der Rostow'schen Landschaft gezwungen, zur Wahrung ihrer Würde den Dienst aufzugeben. Uebrigens ist das nicht der erste Fall bei der Rostow'schen Landschaft: im J. 1879 nahmen ebenfalls gleichzeitig zwei ihrer Aerzte, von denen der eine bereits 10 Jahre, der andere 7 Jahre der Landschaft gedient hatte, ihren Abschied.

Diesmal war die Veranlassung zu einem collectiven Proteste der Aerzte folgende: Bei der Rostow'schen Landschaft sind 3 Aerzte angestellt, 2 bei dem Hospital in Rostow und einer in dem Städtchen Petrowsk. Alle drei Aerzte sind mit Arbeit überhäuft; so hatten sie z. B. im J. 1880 ausser 752 stationären Patienten im Hospitale, mehr als 45000 Kranke ambulatorisch zu behandeln; ausserdem waren sie verpflichtet 5 Feldscheererpunkte zu besuchen und mussten noch häufig ausserordentliche Fahrten zu einzelnen Kranken machen. Der letztere Umstand wurde namentlich von dem Landschaftsamt benutzt, die Aerzte im Kreise förmlich umherzuhetzen. Die Aerzte erklärten daher dem Landschaftsamte, dass sie ihren Abschied nehmen werden, falls nicht folgende Bedingungen angenommen werden sollten. 1) die Fahrten sind obligatorisch nur auf die Feldscheererpunkte und bei Epidemieen. 2) die übrigen Fahrten werden der Gewissenhaftigkeit des Arztes überlassen und müssen die Aufforderungen zu denselben direct an die Aerzte gerichtet werden und nicht durch das Landschaftsamt. 3) die Versetzung und Entlassung der Hebammen und Feldscheerer und die Aufsicht über die Impfung muss in den Händen der Aerzte sein, so dass das Landschaftsamt ohne ihr Wissen keine Verfügungen in dieser Beziehung trifft. Ausserdem verlangten die Aerzte noch die Ernennung einer besonderen Commision, welche eine Instruction für die Landschaftsärzte ausarbeiten sollte, und einige andere weniger wichtige Punkte. Das Landschaftsamt wollte nur auf die unwesentlicheren Punkte des Ultimatums eingehen, verwarf aber den wichtigsten Punkt — den zweiten — und documentirte damit ein durch nichts gerechtfertigtes Misstrauen gegen die Landschaftsärzte. In Folge dessen quittirten alle drei Landschaftsärzte den Dienst.

— Wie dem «Parjadok» aus Paris mitgetheilt wird, findet in diesem Jahre ein *ungewöhnlicher Zudrang russischer Studenten zu der Pariser medicinischen Facultät der Sorbonne* statt. Dieser Zudrang wird zum Theil durch die Reorganisation der Petersburger medico-chirurgischen Academie und die Beschränkung der Zahl der Studenten in Moskau erklärt, zum Theil aber auch durch die Leichtigkeit des Eintritts in die höheren Unterrichtsanstalten und die Billigkeit des Unterrichts in Frankreich. Es ist nur ein Gesuch an den Unterrichtsmeister bei der Sorbonne einzureichen unter Beifügung eines beglaubigten Translats des Gymnasialzeugnisses und des Altersnachweises; an Stelle des russischen Attestates erhält der Antragsteller dann ein französisches Diplom einer mittleren Lehranstalt, wofür 170 Frcs. zu zahlen sind. Die Zahlung für den Unterricht in der medicinischen Facultät ist ebenfalls nicht hoch: 17 Frcs. tertialiter im I. Cursus, 12 Frcs. im II. und III. Cursus und 7 Frcs. im IV. Cursus. Mit den Zeugnissen von den russischen Realschulen nimmt jedoch nur die naturwissenschaftliche und die mathematische Facultät auf.

— Der Ohrenarzt Dr. Weil in Stuttgart hat 4500 Kinder im Alter von 7—14 Jahren auf ihr Gehör untersucht und ist dabei zu folgenden interessanten Resultaten gekommen. Das normale Gehör hört auf 20—25 M. Entfernung Flüstersprache mittlerer Intensität bei genügender Ruhe in der Umgebung. Die Gehörsstörungen sind ungemein verbreitet: in den Volksschulen hörten bis 30 Proc. der Kinder auf einem oder beiden Ohren mangelhaft; nicht normal hörte ein noch grösserer Procentsatz. Der Procentsatz der Gehörstörungen steigt mit dem Alter. Die Kinder aus gut situirten Familien weisen bessere Verhältnisse auf, ebenso boten die Landschulen relativ gute Verhältnisse. Perforation des Trommelfalls mit Eiterung fand sich bei 2% der Kinder, Ohrenschmalz-Pfröpfe oder Beginn von solchen bei c. 13%.

Die meisten von den Erkrankten waren nie in Behandlung gewesen; viele hatten keine Ahnung von ihrem Leiden. W. weist darauf hin, dass nicht wenige Schulkinder für unaufmerksam gehalten werden, in der That aber schlecht hörend sind.

Personal-Nachrichten.

Amtliche.

— *Ordensverleihungen*: Seine Majestät der Kaiser hat zu verleihen geruht:

Den *St. Annen-Orden I. Cl.*: Dem Dr. med. Bertenson, Ehren-Leibmedicus und stellvertretender Medicinalinspector des Gouvernements St. Petersburg.

Den *St. Stanislaus-Orden I. Cl.*: Dem stellvertretenden Medicinalinspector des Gouv. Tula, Knerzer; dem Militär-Medicinalinspector des westsibirischen Militärbezirks, Ssokolow; dem Gehilfen des Militär-Medicinalinspectors des Kijewschen Militärbezirks, Supzow; dem Corpsarzt des 11. Armeecorps, Radakow und dem Divisionsarzt der 9. Infanterie-Division, Anutschin.

Den *St. Wladimir-Orden III. Cl.*: Dem ält. Ord. des temporären Vorstädtischen Hospitals zu Petersburg, Strauch; dem Oberarzt des Militärhospitals zu Nowgorod, Sablozki; dem Bezirks-Oculisten des Kasanschen Militärbezirks, Scharbe; dem Gebietsarzt von Akmollinsk, Kuschelewski; den Oberärzten der Militärhospitäler: zu Kasalinsk, Lawizki und zu Omsk, Diedrichs; den Divisionsärzten: der 10. Infanterie-Divisions, Schneider und der 10. Cav.-Div., Rjabinin; dem jüng. Arzt der 2. Konstantinowschen Militärschule, Kedrow.

Den *St. Wladimir-Orden IV. Cl.*: Dem Dr. med. Kamenew, Medicinalinspector des Gouvernements Tambow; dem Dr. med. Bidder, Gehilfe des Medicinalinspectors von Kurland; dem Dr. med. Parutowitsch, Gehilfe des Medicinalinspectors von Ssimbirsk; dem Dr. med. Majewski, ält. Arzt des St. Jacobus-Hospitals zu Wilna; dem Dr. med. Kwasnewski, Medicinalinspector von Lublin; dem Kreis-Oculisten des Wilnaer Militärbezirks, Ziwinski; dem Gebietsarzt von Ferghana, Lassizo; den Oberärzten der Militärhospitäler: zu Shitomir, Karpowitsch und zu

Chabarowka, **Sholnerkewitsch**; dem Divisionsarzt der 28. Infanterie-Div., **Troizki**; dem ält. Arzt des Militär-Progymnasiums, **Bogoslowski**; dem Arzt der Moskauer Commandantur-Verwaltung, **Sacharow**; dem jüng. Arzt der 3. Reserve-Artillerie-Brigade, **Schilling**; dem ält. Ord. des Kijewschen Militärhospitals, **Kisselewski**; den ält. Aerzten: des 141. Inf.-Reg., **Klopotowski**; des 13. Ulanen-Reg., **Ssawizki**; der 33. Artillerie-Brigade, **Fessenко**; dem ält. Arzt a. D. des 34. Reserve-Inf.-Reg., **Pentschkowski**.

Den *St. Annen-Orden II Cl.*: Dem Oberarzt des Militärhospitals zu Brest-Litowsk, **Polubinski**; dem Gehilfen des Medicinalinspectors des ostsibirischen Militärbezirks, **Makrjukow**; den Gebietsärzten: von Syr-Darja, **Okolow** und von Amur, **Lwow**; dem Divisionsarzt der 23. Inf.-Div., **Gerich**; dem Oberarzt des Odessaer Militärhospitals, **Ranehner**; den ält. Aerzten: des Militärgymnasiums zu Polozk, **Troizki**; des 96. Inf.-Reg., **Weissenhof**; des 94. Reserve-Inf.-Bat., **Leckherr** und des 113. Inf.-Regiments, **Messmacher**.

Den *St. Stanislaus Orden II. Cl.*: Dem Dr. med. **Fridolin**, ält. Arzt des Petersburger Gefängnisses und dem jüng. Ord. des Petersburger Nikolai-Militärhospitals, **Seidler**.

— *Befördert*: Dr. med. **Batalin**, ält. Arzt der Petersburger Polizei und Dr. med. **Achscharumow**, Medicinalinspector von Poltawa — zu *Wirklichen Staatsräthen*.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 30. August 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	541	250	791
Alexander- «	443	157	600
Kalinkin- «	—	419	419
Peter-Paul- «	259	110	369
St. Marien-Magdalenen-Hospital	166	69	235
Marien-Hospital	294	237	531
Ausserstädtisches Hospital	285	127	412
Roshdestwensky-Hospital	46	20	66
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	315	114	429
6 zeitw. Hospitäler	620	133	753
Ausschlags-Hospital	6	5	11
Summa der Civilhospitäler	2975	1641	4616
Nikolai-Kinder-Hospital	29	20	49
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	45	55	100
Elisabeth-Kinder-Hospital	15	16	31
Summa der Kinderhospitäler	89	91	180
Nicolai-Militär-Hospital	399	18	417
Ssemenow'sches Militär-Hospital	134	—	134
Kalinkin-Marine-Hospital	172	—	172
Gesammt-Summa	3769	1750	5519

Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	1023	271	1294
Scarlatina	8	8	16
Variola	11	5	16
Venerische Krankheiten	535	417	952

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 23. bis 30. August 1881 besucht von 2366 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1049.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs

für die Woche vom 16. bis 22. August 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 527 Todtgeborene 20). — Mortalität 40,91 p. M.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
329	198	527	79	27	78	18	12	23	64	59	50	42	41	21	7	6

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 7, Typh. abd. 15, Febris recurrens 19, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 6, Masern 1, Scharlach 10, Diphtheritis 13, Croup 2, Keuchhusten 3, Puerperalkrankheiten 5, Dysenterie 2, Thiergift 2, andere Infectionskrankheiten 10.

— Gehirnapoplexie 14, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 17, andere Gehirnkrankheiten 18, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 18, acute Entzündung d. Athmungsorgane 33, Lungenschwindsucht 78, andere Krankheiten der Brusthöhle 14, Gastrointestinal-Krankheiten 121, andere Krankheiten der Bauchhöhle 15, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 20, Marasmus senilis 25, Cachexia 25.

— Tod durch Zufall 23, Selbstmord 3, Mord 1.

— Andere Ursachen 5.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 4 Сентября 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh., Newskij-Prosp. № 5

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

ST. PETERSBURGER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg,
Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 37. St. Petersburg, 12. (24.) September. 1881.

Colotomia iliaca wegen Mastdarmkrebs.

Von

Dr. A. Knie,

(Moskau.)

Nachdem Volkmann [1] und Kocher [2] eine Anzahl von Fällen veröffentlicht haben, in denen nach gründlicher Entfernung des ganzen Rectums radicale Heilung erzielt, oder Recidive sehr lange, ja auf 10 Jahre hinausgeschoben worden, dürfte wohl endgültig die Ansicht, dass die Exstirpatio recti eine «barbarische», nur den tödtlichen Ausgang fördernde Operation sei, oder dass derartige Kranke mehr als andere Kranke «mehr Kummer als Freude» machten, widerlegt und eine palliative Hilfe nur für nicht mehr operative Mastdarmkrebse gestattet sein. Obwohl noch ein Theil unserer besten Handbücher der Chirurgie das Dilatiren und das Auskratzen der Krebswucherungen des Mastdarms nach dem Vorgange Simon's empfiehlt, so glauben wir doch, dass die Auseinandersetzungen Volkmann's über die Gefahren und über die kurze Zeit nur Erleichterung gewährende Hilfe gewichtig genug erscheinen müssen, um einer anderen Operation den Vorzug zu geben, die bei vielleicht grösserer directer Gefahr auch jedenfalls grösseren und anhaltenderen Nutzen bietet. Es ist bekannt, dass der Mastdarmkrebs überaus selten Metastasen macht, und dass die Mehrzahl der an dieser Krankheit Leidenden an Erschöpfung zu Grunde geht, die durch Blutungen, Schmerzen bei den häufigen Stuhlentleerungen und durch Resorption jauchiger und zerfallener Massen erzeugt wird; die die Consumption der Kräfte bedingenden Momente müssen ihre schädliche Wirkung äussern, solange der Koth den Reiz zu üppigerer Wucherung oder zum Zerfall der Krebsmassen abgiebt, und ist es daher klar, dass es nur rationell ist — da man durch das Auskratzen die Strictur nur zeitweilig beseitigen kann — den Mastdarm ganz aus dem Verdauungstractus auszuschliessen und einen künstlichen After herzustellen. Es kann heute nicht unsere Absicht sein, darüber discutiren zu wollen, ob der Lendenafter oder der Bauchafter den Vorzug verdient, da bereits das fast vollständig vorhandene Material von F. von Erkelens [1] für die Statistik verwerthet worden ist, die, obwohl überaus fleissig, doch kaum massgebend genannt werden darf, da die Auswahl der herangezogenen Fälle nicht durchgehend geeignet scheint zur Klärung einer so wichtigen Frage, und ferner die bei weitem grösste Zahl der Operationen noch vor die Anwendung irgend welcher antiseptischen Maassregeln fällt.

Unsere Autoren verhalten sich leider, was die Colotomie im Allgemeinen betrifft, sehr reservirt, und scheint es hauptsächlich auf Mangel an Erfahrung zurückzuführen zu sein, da englische Operateure mit äusserster Genugthuung über den Nutzen dieser Operation sich aussprechen. Bryant [2], der bis 1879 36 Colotomien und keine Mastdarmexstirpation gemacht hat, sagt: Die Dankbarkeit der Patienten war sehr gross; viele haben tief bedauert, dass die Operation nicht schon früher ausgeführt war. In keinem einzigen Falle habe ich je bedauert, die Operation unternommen zu haben, obgleich ich in der Mehrzahl der Fälle ernstlich gewünscht hätte, dass ich Gelegenheit gehabt hätte, sie früher auszuführen. In keinem Falle hat sie unsere Hoffnungen getäuscht und stets die grösste Erleichterung geschafft. — So ermunternd auch der Ausspruch dieses ausgezeichneten und erfahrenen Chirurgen uns erscheinen mag, wir dürfen auf keinen Fall ausser Augen lassen, dass die Indicationen für die operative Hilfe je nach dem Sitze und der Ausbreitung der Erkrankung zu stellen sind. Radicalheilung können wir nur durch totale Entfernung des Mastdarms erzielen

[1] Volkmann's Sammlung kl. Vorträge № 131.
[2] Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XIII.

[1] Archiv für kl. Chirurgie Bd. XXIII.
[2] Manuel for the practice of Surgery, 1879.

Volkmann l. c. pag. 14) Euthanasie — in vernachlässigten Fällen nur durch die Colotomie.

Im Laufe dieses Jahres habe ich bei sehr bescheidenem Material häufiger Gelegenheit gehabt Mastdarmgeschwülste zu beobachten, zweimal die Mastdarmexstirpation [1] und einmal die gleich zu beschreibende Colotomie auszuführen und muss gestehen, dass in allen Fällen mir die Befriedigung zu Theil wurde, da Erleichterung der Leiden, dort die Aussichten auf völlige Genesung geschafft zu haben.

Katharine Mogil .... Gutsbesitzertochter aus Kaluga, 56 Jahr alt, unverheirathet, leidet seit ihrem 16. Lebensjahre an Stuhlverstopfung und Haemorrhoidalbeschwerden, die häufig Blutungen zur Folge hatten. Die Menses fanden bis vor 10 Jahren regelmässig statt, dann blieben sie aus. Patientin ist sonst immer gesund gewesen und hat bis vor einem Jahre einer grossen Wirthschaft vorgestanden; seit dieser Zeit jedoch will Patientin eine rasche Abnahme ihrer Kräfte und Körperfülle bemerkt haben. Die Defaecation, die früher durch Klystiere sehr erleichtert wurde, wurde immer schmerzhafter, so dass sie diese zu vermeiden suchte; die Schmerzen steigerten sich auch bald und es genügte ein Flatusabgang, diese hervorzurufen. Erleichterung fühlte Patientin, als sie vor circa drei Monaten Abgang von Koth und Gasen durch die Scheide bemerkte. Bisher hatte Patientin und deren Umgebung sich damit getröstet, dass es sich bei ihr um starke Haemorrhoiden handle, jetzt aber erkannten sie und die sie behandelnden Aerzte den Ernst der Lage, und waren auch die Tenesmen vielleicht seltener, so entstand andererseits durch den Durchbruch in die Scheide für die Patientin selbst als auch für deren Umgebung in der permanenten Absonderung von Koth und Darmgasen eine Quelle äusserster Belästigung. Diese Incontinenz, die heftigen Schmerzen, Blutungen, Schlaflosigkeit und völliger Appetitmangel hatten dazu beigetragen, die Kranke überaus gereizt, geschwächt und sehr schwer umgänglich zu machen. Sie war der Verzweiflung nahe und forderte um jeden Preis von ihrem Leiden erlöst zu werden.

Patientin ist bis auf das Aeusserste abgemagert; die Haut welk und gelb. Der Anus von Haemorrhoidalknoten ringförmig besetzt; der Sphincter erschlafft. Der Mastdarmkanal ist von harten knolligen Massen ausgefüllt, und gelingt es selbst einen Katheter № 20 nur schwer einzuführen. Die Untersuchung der Scheide stellt eine Infiltration der hinteren Wand derselben fest, die durch mehrere Oeffnungen mit dem Mastdarm communicirt; Infiltration der Parametrien, die Leistendrüsen geschwellt und indurirt. Die inneren Organe gesund. Eine mikroskopische Untersuchung der Mastdarmgeschwulst wurde nicht vorgenommen und auf Grund des vorliegenden Befundes: Carcinoma recti diagnostirt. Es erschien mir eine Bestätigung der Diagnose durch das Mikroskop nicht nothwendig, wohl aber eine Untersuchung in der Chloroformnarkose geboten, um einigermaassen durch eine Digitaluntersuchung das Ausbreitungsgebiet der Geschwulst nach oben feststellen zu können. Die Patientin forderte die Entfernung der Geschwulst und wollte anfangs von einem künstlichen After nichts wissen. Die Untersuchung in der Chloroformnarkose ergab, dass der Versuch einer Exstirpation der erkrankten Theile mehr als kühn zu bezeichnen gewesen wäre. Es war auch jetzt nicht möglich mit dem kleinen Finger in das Rectum zu dringen, (natürlich ganz ohne Kraftanstrengung), doch liess sich durch die combinirte Untersuchung feststellen, dass die Erkrankung auf das S. Romanum übergegriffen hatte; der Uterus und die Paremetrien infiltrirt. Es ist selbstverständlich, dass unter diesen Umständen unserem Wollen und Können durch die grosse und tiefe Ausbreitung auf die Nachbarorgane ein Ziel gesetzt war und wir nur insofern dem Wunsche der entsetzlich leidenden Frau nachkommen konnten, dass wir den Mastdarm ganz ausser Thätigkeit setzten indem wir einen künstlichen After etablirten. Patientin ging nur mit schwerem Herzen auf die Operation ein. — Am 17. December 1880 schritt ich unter gütiger Assistenz der mir befreundeten Collegen N. Stukowenkow, Max Löwenstein, Tambourer und Oscar Schmidt zur Colotomie. Nach sorgfältigster Reinigung der Bauchdecken wurden unter Spray diese links durch einen dem Ligament Pouparti parallel verlaufenden Schnitt schichtweise durchtrennt, die Wundspalte mit dem Peritoneum umsäumt und das Colon descendeus hervorgezogen. Es gelang viel leichter dieses zu entdecken, als wir uns vorgestellt hatten. Ich übergebe jede nähere Beschreibung der Unterscheidungsmerkmale der einzelnen Darmpartien wie die des Krankheitsverlaufs und erlaube mir mehr Aufmerksamkeit für die Art und Weise wie der Darm an die Bauchwand zu befestigen ist, in Anspruch zu nehmen.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass der schwierigste Theil der Operation der sichere Abschluss der Bauchhöhle von der Darmhöhle ist, und das einzig und allein eine sehr sorgfältig angelegte Naht das Eindringen von Darminhalt in die Bauchhöhle verhindern kann. In № 11, 1880 dieser Wochenschrift habe ich daraut aufmerksam gemacht, dass man auch bei der sorgfältigsten Naht dem Operirten die ernstesten Gefahren bereiten kann, wenn die Naht durch das Darmrohr selbst geht und der Faden Darminhalt durch den Stichkanal mit sich führt. An der Hand einer solchen Erfahrung, die glücklich durch eine tiefe Incision und energische Desinfection beseitigt wurde, habe ich die Forderung gestellt, die Bauchwand durch die ganze Dicke, das Darmrohr (Darmnaht) nur oberflächlich bei der Naht zu durchstechen und die endgültige Fixation des Darms Nähten, die die Schleimhautränder der Darmwunde mit den Hautdecken verbinden, zu überlassen. Später hat Kraske im Centralblatt für Chirurgie № 3, 1881 aus ähnlichen Rücksichten dieselbe Forderung für die Fixation des Magens bei der Gastrotomie gestellt. Max Müller [1] hat die Entstehung der Phlegmone der Bauchdecken durch die directe Berührung der Wundspalten in den Bauchdecken mit dem Koth zu erklären versucht. Wir müssen wol die Möglichkeit zugeben, doch glauben wir, dass es wieder bei einiger Vorsicht nicht schwer fallen darf, solches zu vermeiden. Hebt man mit spitzen Häckchen den an die Bauchwand durch Nähte fixirten Darm, soweit es noch die vordere Darmwand gestattet, empor und incidirt, so kann man dem

[1] Ein Fall ist ausführlich in den Protocollen der chirurgischen Gesellschaft zu Moskau beschrieben, der andere Fall soll erst, da noch zu kurze Zeit nach der Operation vergangen ist, nächstens mitgetheilt werden.

[1] Archiv für kl. Chirurgie Bd. XXIV.

sich im Strahle ergiessenden Kothe eine Richtung geben, die jede Verunreinigung der Bauchwunde ausschliesst; nach der Entleerung des Darminhalts braucht man nur die Ränder und die noch offene Bauchdeckenwunde nochmals zu desinficiren und man kann zur definitiven Vereinigung übergehen. Müller umsäumt die Bauchwunde mit dem Peritonaeum «und von jeder Naht empfiehlt es sich nach dem Knoten nur einen Faden abzuschneiden und den anderen lang hängen zu lassen. Wird nun dieser hängen gelassene Faden von jeder zweiten Sutur wieder in eine Nadel eingefädelt, mit der Nadel der Darm parallel der Wundspalte und etwa in der Breite des Abstandes der Umsäumungssuturen durchstochen, so kann man durch Knüpfen desjenigen Fadens, welcher durch die Darmwand geführt war, mit dem je zweiten von der Umsäumung hängen gebliebenen Faden eine ausserordentlich sichere Befestigung des Darms in der Wunde erreichen». Die Beschreibung der Naht klingt viel complicirter als sie sich in der That herausstellt und gestehen wir, dass der Vorschlag von Müller verführerischer erscheint, als er sich in Praxi erweist. Abgesehen davon, dass Müller die Fäden durch das Darmrohr gehen lässt, haben wir heute an der Naht das auszusetzen, dass sie überaus viel Zeit in Anspruch nimmt, die «hängen gebliebenen Fäden» nie ein gutes Nähmaterial abgeben, da sie Zeit gehabt auf der Bauchwand sich zu verunreinigen und ferner dass man sich statt der sehr einfachen Knopfnaht eine complicirte fortlaufende schafft, wodurch man — wenigstens meinem Gefühle nach — etwas aus der Hand giebt, was man bei der einfachen Knopfnaht als einen grossen Vortheil bezeichnen muss. Tritt bei der Müller'schen Naht ein phlegmonöser Process der Bauchdecken ein, so ist man nicht im Stande durch Entfernung einer Naht die Spannung aufzuheben und vielleicht den Process der tieferen und weiteren Infiltration zu coupiren. Man trennt wohl rechts und links eine und die andere Naht, doch die schuldige, die unbedingt zu entfernen ist, liegt zu tief in den rings um die Darmfistel geschwellten Weichtheilen, und nur einem glücklichen Umstande ist es unter solchen Verhältnissen zu danken, wenn entweder die Naht selbst durchschneidet oder aber man im Stande ist bei mehr oberflächlicher Lage des Entzündungsherdes einen Schnitt machen zu können, der dem Weitergreifen des Processes eine Grenze setzt. Genau nach der von Müller angegebenen Methode habe ich in vorliegendem Falle genäht, doch mir die eine Abweichung erlaubt, dass ich die Nähte durch die Darmwand oberflächlich geführt habe. Trotzdem keine Reaction an der Wunde eintrat, wurde es mir schwer selbst nach 14 Tagen die Nähte zu entfernen, da es auch unter so günstigen Umständen nicht leicht war zu entscheiden, zu welchen Fäden der in der Wunde liegende Knoten gehört. Die Naht, die derartige Darmoperationen fordern, ist ja so dicht, dass man oft zwischen zwei sich fast berührenden Nähten noch eine dritte suchen muss. — Der Verlauf war ein absolut fieberloser und erholte sich Patientin sehr bald unter geeigneter Pflege. Nach drei Wochen fühlte sie sich so weit gekräftigt, dass sie meine Anstalt verlassen und in ihre Heimath reisen konnte. Die früher stattgehabte Verstopfung dauerte fort und erfolgte nur eine Stuhlentleerung nach Wassereingiessungen in die Fistel. Ebenso hatte Pat. nur wenig Belästigung durch einen ganz geringen Schleimhautvorfall. Vor kurzer Zeit erhaltenen indirecten Nachrichten zufolge ist Pat. noch am Leben, das sie ohne besondere Schmerzen geniesst.

Moskau, Juni 1881.

Ueber den Werth und die Tragweite des klinischen Unterrichts in der Psychiatrie.

Festrede zur Jahresfeier der Universität Dorpat am 12. Dec. 1880 gehalten von

Prof. H. Emminghaus.

(Schluss).

Indessen noch andere, als lediglich psychische Krankheitserscheinungen bietet ein grosser Theil der gesehenen Fälle. So schlägt sich die Brücke auf einmal von der Pathologie zur Psychiatrie, vom wohl bekannten zu einem für fremd gehaltenen Gebiete, ja die Grenze der beiden verwischt sich, kein Dogma vermag sie zu zeigen, wenn die eigene Erfahrung heranwächst.

Paralytische und krampfhafte Symptome begleiten ja oft als zufällige, aber darum die Wissbegierde (des möglichen Zusammenhanges beider wegen) erst recht anregende Phänomene, in vielen Fällen sogar als pathognomische Zeichen das Irresein. Und ferner wenn subjective Empfindung und Neuralgie, wenn von kranken Nervenbahnen erzeugte Kreislaufs- oder Ernährungsstörung dieser und jener Körperregion bei manchem, wenn feine Alterationen des Pulses, abnormes Athmen bei vielen, wenn bei fast allen Geisteskranken sich Anomalien des Körpergewichtes zeigen — wie sollte der Lernende nicht auf Schritt und Tritt da erkennen, dass die Psychiatrie ganz unmittelbar und fest anhängt der klinischen Medicin, dass diese in jene hineinragt, dass die Trennung beider im Grunde conventionell ist? Doch nicht nur entlehnend verhält sich zur Alles umfassenden Pathologie die Irrenheilkunde, sie giebt auch zurück, was jene ihr leiht, ja was sie erwirbt, das geht zum Theil mit ein in festen Besitz der anderen. Fallsucht und Veitstanz und Starrsucht, Wasserscheu, die allgemeine Nervosität und andere Leiden, diffuse wie herdartige Affectionen des Grosshirns, zumal der Rinde desselben — von allen den Krankheiten ist keine einzige, von der die Psychopathologie nicht Aufschluss zu geben vermöchte, Aufschluss, den die klinische Medicin nicht eifrig benützte, ja dessen sie gar nicht entrathen kann. Fördernd in dieser Weise bereits vorhandenes Wissen, Neues Bekanntem hinzufügend, wird das Studium jedes einzelnen Krankheitsfalles den angehenden Arzt schon lebhaft fesseln, so lange er beim ersten Sehen mit ihm beschäftigt ist. Keineswegs aber nur einmal gehen die Kranken an ihm vorüber und nicht den vereinzelten flüchtigen Eindruck gewinnt er von jedem, öfter, ja häufig sieht er dieselben — viele davon in verschiedenen Zuständen, einige allezeit unverändert. Von heute auf morgen — über Nacht — ist der benommene Wüthende ruhig und klar, der Ruhige lärmend, ein Regungsloser maniakalisch oder ein Deprimirter grössenwahnsinnig geworden, ja manche der Kranken — das lehrt sehr häufiges Sehen — sind nur periodisch gestört, dazwischen für Tage und Wochen dem Schein nach oder in That und Wahrheit völlig gesund. Rapide vielleicht, trotz Anwendung aller erdenklichen Mittel, jedenfalls unaufhaltsam schreitet bei dem der Verfall an geistigen Kräften und mit ihm Verfall des Körpers vorwärts bis zum Tode, welcher als wahre Erlösung erscheint; jener wird ruhig, sein Affect blasst ab, nicht ganz aber kehrt sein altes Ich ihm zurück — ästhetisch verdumpft, oder geistig beschränkt bei fortdauerndem Wahn, oder sittlich entartet, ist er in Schwachsinn verfallen.

Was aber kann es Erhebenderes geben — bei dieser Art Krankheit, die ja so oft den Menschen dem Menschen, das Individuum selbst seinem eigensten, innersten Ich entfremdet — was Erhebenderes sage ich als in günstig gelagerten Fällen den Beginn der Genesung zu spüren? Wenn der Kranke wieder beginnt den heiteren, freundlichen oder den würdigen, wahren und ernsten Beziehungen zum Leben sich zu erschliessen und bald darauf die ganze Selbsterkenntniss wieder erlangt, wenn er von seinen Leiden, von seiner krankhaften Seelenverfassung schliesslich wie von etwas ihm nun fremd gewordenem ruhig und objectiv spricht, dankbar jetzt, da er scheiden soll aus der Anstalt, den Aufenthalt hier, als einen ihm heilsam gewesenen bezeichnet, offen anerkennt diese Nützlichkeit ohne Scheu, ohne Missgunst?

Aber die psychiatrische Klinik bietet nicht nur — was an sich schon genügte zu ihrer Begründung — dem Forschungsgeiste der Jugend Nahrung und reichliches Material, sie lehrt auch alle Methoden diese Art Leiden zu heilen, oder doch, wenn Heilung nicht möglich, zu bessern und rationell zu behandeln, mit einem Worte, sie lehrt was Psychiatrie im engsten Sinne des Wortes heisst.

Und wem sollten sie unverständlich sein, weil keinerlei Vorkenntniss erfordernd, wem nicht geradsten Wegs in Gemüth und Verstand eindringen, die Erfahrungen der Irrenheilkunde, einer Wissenschaft, die so unmittelbar ins Leben des Volkes eingreift, die praktisch ist wie kaum eine andere mehr? Wer sollte, hochansehnliche Versammlung, — ich spreche fortan zu jedem von Ihnen — wer sollte von

selbst nicht schon zu dem Grundsatz gelangt sein, dass sicher die Mehrzahl psychisch Gestörter ihr Heil, ihr Wohl nur finden kann in dem Institut, das nur um ihretwillen geschaffen ist, in der Irrenanstalt? Wahrhaftig nicht anders würde der weise Lenker des Staates die grossen, oft unendlichen Opfer an Mitteln, die jede Irrenanstalt kostet, aufzubringen bereit sein, als in der Erkenntniss, dass die Anstalt an sich schon Heilmittel des Irreseins ist. In der That sie ist unser erstes, wichtigstes Mittel, das andern erst ihr Feld eröffnet und ihnen Erfolg verspricht.

Methode, klare Erkenntniss eines bestimmten praktischen Zweckes hat die Anstalt gegründet, Methode muss alles immer und überall ausdrücken, was in ihr vorgeht, besteht, sie umgiebt.

Jeder hier wirkende, von dem Director, dem ersten Beamten, an bis zum untersten Diener hat nur eine Bestimmung und diese ist, dem Kranken zu nützen, zu helfen, soweit es an ihm ist. Nichts Geringeres als der gesunde Mensch wird hier zum Heil- oder Besserungsmittel. Denn ein jeder vom Personal, auch wer nicht Arzt oder Wärter ist, ein jeder kommt unvermeidlich und oft in nahe und dauernde Berührung mit diesem und jenem der Kranken: im Garten, im Holzhof, in Küche und Kammer, oder wo sonst noch einzelne Irre zerstreuender Arbeit obliegen. Nun so gewiss in geeigneten Fällen der Arzt diese Arbeit als heilsame Ableitung zu verordnen hat, so gewiss auch sind die Personen, welche sie leiten, oder auch nur überwachen, alle so auszuwählen, dass die Kranken durch sie nicht unangenehm berührt, nicht eingeschüchtert oder erregt, nicht verdorben oder sonst wie schädlich beeinflusst werden.

Und nun die Frage des Wartepersonals, in welcher der Schwerpunkt der ganzen Behandlung, der Hauptbestimmung der Anstalt liegt! Ich sage mit wenigen Worten: zum Warten wähle man junge, also noch rüstige, eben deshalb auch gelehrige Leute, die ledig sind, somit unabhängig, Leute vom besten Leumund, sicherer Gesundheit an Körper und Geist, von Intelligenz bei ruhigem Temperamente und wenigstens etwas gefälligem Aeussern; und man löhne sie reichlich, viel höher als am Ort der gewöhnliche Dienstbotenlohn ist, behandle sie gut (bei aller Strenge wo immer es Noth thut), dass sie achten den Dienst, ihn schätzen und seinen Verlust befürchten; man gebe abwechselnd jedem von ihnen öfter Gelegenheit sich zu erholen durch Urlaub. Wie anders werden sie willig bleiben in ihrem im Ganzen nicht leichten Dienste und menschlich gegen die Kranken? Denn was immer dem Wärter im Hause Unangenehmes begegnet, was ihn missmuthig macht, was ihn drückt und ärgert, der Kranke allein hat alles das zu empfinden, ich möchte fast sagen «zu büssen.»

Wie bei der Auswahl der Menschen, so auch muss bei Begründung des Institutes von Grund aus alles Methode bekunden: zuerst bei der Wahl des Platzes, dann bei der Führung des Bau's, bei der Vertheilung der Räume und recht erst bei der inneren Einrichtung.

Luftig und frei, nicht in, aber nahe bei einer grösseren Stadt, womöglich auf einer Höhe, nicht fern von fliessendem Wasser, nach Südwesten hin: so liegt nach aller Erfahrung am besten die Irrenanstalt. Nicht in monumentalem kasernen- oder gar gefängnissartigem Style, sondern einfach, dabei nicht ärmlich, in gebrochener Front, wie ein gutes Privathaus, nur zweistöckig[1] sei sie erbaut und umgeben von hinreichend offenem Terrain zur Anlage von Gärten und Wirthschaftshof.

So gelegen, erbaut und umgeben steht vor uns die neue Universitäts-Irrenanstalt, ein Zeugniss des kundigen Blickes ihres Begründers und ursprünglichen Bauherrn, des Herrn Prof. von Wahl!

Zahlreiche grössere und kleinere Abtheilungen enthalte die Anstalt im Innern, denen im Freien fast ebenso viel von einander getrennte Gärten entsprechen. Durch Theilung des Ganzen in gleiche Hälften entstehen Männer- und Frauenabtheilung, deren jede für sich eine kleinere Anstalt vertritt. In jeder derselben besteht eine Beobachtungsabtheilung, auf welcher zwei Wärter Tag und Nacht im Wachdienst sich ablösen und wo die Selbstmordsüchtigen und solche Kranke untergebracht sind, von denen noch ungewiss ist, was sie planen, wessen von ihnen man sich zu versehen hat. Die körperlich Kranken und Siechen nimmt eine eigene Abtheilung auf, eine andere die Tobsüchtigen, die aus Corridor und Isolirzimmern besteht, wo überall Oefen, Fenster und Lichter gründlich verwahrt, dem Kranken unzugänglich sein müssen. Dann sind Uebergangsabtheilungen für mässig ruhige, endlich Abtheilungen für ganz ruhige Kranke vorhanden.

Kaum brauche ich noch besonders zu sagen, dass diese Abtheilungen fast sämmtlich doppelt sollten vorhanden sein, um wenigstens einigermassen nach dem Bildungsgrade die Kranken scheiden zu können. Aber auch Räume zur Unterhaltung, Zerstreuung müssen sich finden; Gebesserte und Reconvalescenten, auch Unheilbare während ruhiger Zeiten, sollen ja öfter gewissermassen heraus aus der Anstalt treten und in Räumen verweilen, die ihnen früher Lebensbedürfniss geworden sind: die Kranken niederer Stände in einfachen Gesellschaftszimmern, die Gebildeten in Musikräumen, im Boudoir, in Zimmern zum Lesen, zum Spielen. Im Innern des Hauses, wie in den Gärten spreche jeglicher Raum, sei er Haupt- oder Nebengelass, jedes Stück Möbel, ein jeder Gebrauchsgegenstand überhaupt den prophylaktischen Geist aus, der die Anstalt durchdringen muss vom Grundsteine bis zum Dach, vom Krankenzimmer bis zur Umfassungsmauer. Vorgebeugt sei allenthalben der Selbstbeschädigung aus Absicht oder aus Zufall, verhütet die Möglichkeit gefährlichen Angriffes auf andere, vermieden sei alles, was Zerstörungstrieb weckt, den vorhandenen unterhält, was in Versuchung führt, zu entweichen. Alles das aber soll nicht plump und abstossend vorstehen, so vielmehr soll es sein, dass erst der schärfere Blick die nöthige Vorsichtsmassregel wahrnimmt. Was es von ungefährlichen Reizen des Lebens, von harmloser Anmuth und von Bequemlichkeit immer nur giebt, sei alles mit offener Hand gewährt, da wir wissen und nie vergessen, dass für manchen der Pflegbefohlenen der Gedanke, in welchem Hause er sich befindet, namenlos drückend und schrecklich ist!

Noch ein Wort nun, aber ein inhaltschweres, über die Art der Verpflegung unserer Kranken! Wenn ich weiss, wie Seelengestörte so oft von Aversion, von Präoccupation beherrscht sind gegen die Nahrungsaufnahme, wie sie weniger leicht als die Pflegbefohlenen anderer Spitäler nach dem Kostenaufwand in Verpflegungsklassen zu ordnen sind, wenn weiter ich weiss, wie manche in Folge eines Bewegungsdranges, der heftig, ohne Ermüdung Tag und Nacht anhält, unendlich viel Kräfte verbrauchen, mithin des reichsten Ersatzes durch sehr nahrhafte Speisen bedürfen, dass andere, die benommen im Stupor liegen, mit sorgsam gewählter flüssiger Kost vom höchsten Nährwerth, künstlich gefüttert, müssen am Leben erhalten werden — dann ist es klar, dass allein nur Selbstverwaltung der Küche seitens der Anstalt möglich ist und keineswegs die Verpflegung der Kranken gegen erträgliche Pacht einem Oekonomen kann überlassen werden, der ein ganz anderes Interesse, als den Kranken zu nützen, im Hause vertritt, dess Sinnen und Trachten dahingeht, wo er nur kann, zu gewinnen und möglichst reich zu werden. Aber das kostet Arbeit, Widmung zur Sache und volles Verständniss der hohen Bedeutung des Gegenstandes, der manchem leider, ich weiss es, nebensächlich, banal erscheint.

Tag für Tag muss dann der Director — und ist er verhindert, der zweite Arzt — um die Stunde der Hauptmahlzeit in der Küche zugegen sein, die Speisen in Augenschein nehmen, die Portionen prüfen, mit der Wirthschafterin berathen, denken und rechnen und für die nächsten vierundzwanzig Stunden die Diätverordnung für alle im Hause Verpflegten selbst in tabellarischer Form zusammenstellen.

Was der flüchtige Blick, den wir eben auf die Irrenanstalt überhaupt, besonders auf Administration und Anlage derselben geworfen haben, gezeigt hat, das alles muss auch verwirklicht sein bei dem Institut, das zum klinisch-psychiatrischen Unterrichte bestimmt ist. Denn mit Nichten, hochansehnliche Versammlung, kann man erfolgreich Irrenheilkunde klinisch lehren in einigen Räumen irgend welchen Spitals, einer medicinisehen Klinik, wo ein paar Irre nothdürftig untergebracht sind. Wer es vermochte, solch' eine Form psychiatrisch-praktischen Unterrichts vorzuschlagen, gab sich nur selber das Zeugniss Wesen und Werth dieses Lehrgegenstandes im Entferntesten nicht begriffen zu haben.

Denn alle Methoden das Irresein zu behandeln soll die psychiatrische Klinik lehren und noch mehr: man erwartet von ihr, wie von jeder andern Klinik, dass sie voranschreite auf dem Gebiete der Therapie, dass sie neue Behandlungsmethoden erfinde! Und mannigfaltig, wie die individuellen Nüancen der einzelnen Fälle, und oft nach diesen sich richtend, sind auch diese Methoden. Nicht nur das alles zu sagen, warum es so und eben nicht anders gehandhabt wird, im Ganzen, wie im speciellen Falle, sondern eben auch alles das praktisch zu demonstriren — das ist ja Hauptzweck der irrenärztlichen Klinik. Wie also könnte sie da gedeihen, sich kräftig entwickeln und blühen, wo sie nicht selbstständig ist, nur geduldet als kleiner Anhang eines Spitals für andere Kranke, hier wo es ihr an allem und jedem gebricht?

Wollte ich jetzt den Heilapparat, über den die Psychiatrie, ich sage die Psychiatrie auf eigenem Grunde und Boden verfügt, genau bis ins Einzelne zeigen — so hiesse das nur wider Recht und Gebühr der Klinik als solcher vorgreifen. Genug wenn ich sage, dass ausser dem ganzen Schatze der Pharmakopöe der Klinik jede Art Bäder, jede Methode der Wasserheilkunde, die ganze Elektrotherapie zu Gebote zu stehen hat, dass eine eigene Diätetik methodisch in ihr geübt werden muss.

Zwei Fragen jedoch, zwei principielle Fragen der Psychiatrie verlangen jetzt noch dringend klare, bestimmteste Antwort! Die erste betrifft den mechanischen Zwang. Ich sage darauf: mechanischer Zwang ist verwerflich, ist schädlich den meisten der Kranken, entbehrlich dann überhaupt, wenn man gutes, weil sorgfältig gewähltes und gut bezahltes Wartepersonal in genügender Anzahl hat, und wenn an Räumen zum Isoliren nicht Mangel besteht. Die zweite Frage ist aber: was ist die moralische Therapie, wie behandelt man psychisch die Kranken? Allen den Reizen, welche den Seelengestörten zum Nachtheil erregen oder gar schrecken, einschüchtern könnten, systematisch mit aller erdenklichen Ueberlegung vorzubeugen, ohne doch mattherzig die Autorität in kritischen Lagen Preis zu geben, milde wirkende psychische Reize da mit Vorbedacht, wo es gilt zu ermuntern, anzuwenden, vorhandene Erregung durch psychische Ableitung zu heben — das ist die psychische Therapie.

Anders denkt sich der Uneingeweihte die Behandlung unserer Kranken — anders auch wurde sie früher, zum Theil bis vor kürzester Zeit noch geleitet. Jene Methoden aber, die Kranken zu schrecken, sie einzuschüchtern, schaudern zu machen, ja wirklich am Körper zu strafen, der systematische Zwang, der über ein Arsenal von Beschränkungsmitteln gebot, was haben sie ausgerichtet? Im Hause das Toben und Schreien vermehrt, die Kranken erbittert,

[1] Parterre und ein Stock.

tückisch gemacht, die Zahl der Heilungen niedrig gehalten, Unglücksfälle wegen Vernachlässigung der Gefesselten herbeigeführt, beim Publicum aber mit Recht die Asyle in üblen Ruf gebracht, ein Grauen vor ihnen erweckt, das heute auch da noch nicht erloschen, sondern als zähes Vorurtheil fortlebt, wo es schon besser geworden ist.

Welch' hohe und edle Mission fällt bei solcher Lage der Dinge der psychiatrischen Klinik zu, die den Eindruck der besseren, milderen Methoden der Irrenbehandlung allen den jungen Aerzten bietet, die auf der Schwelle zur Praxis stehen?

Ist uns nicht jeder von diesen, der hinaus ins Leben tritt, ein Bürge mehr für Erfüllung der Hoffnung, dass jenes Vorurtheil immer mehr schwinde, immer mehr gerechtes Vertrauen den guten Asylen geschenkt wird? Versichern wird er aus eigener Erfahrung und eben deshalb auch Glauben finden, dass in der Irrenanstalt gut sein ist, Milde dort herrscht, nicht Schrecken und Strenge, dass jedem Pflegling reichlich zu Theil wird, was er nur immer bedarf zur Heilung, oder zur Besserung.

So erkennen wir nun das letzte, das höchste Ziel, dem die Bildung der Aerzte in der Irrenheilkunde zustrebt: es gilt nichts Geringeres als die Wohlfahrt des ganzen Landes zu heben!

Dass der Geisteskranke im Druchschnitt nicht nur überhaupt, sondern sobald als nur möglich der Anstalt zugeführt wird, hat alle Erfahrung gelehrt. Mit jeder Woche, um welche die Ueberführung verschoben wird, sinkt auch die Aussicht auf Heilung des Kranken und wächst die Gefahr nachfolgender Geistesschwäche, die in der grossen Mehrzahl der Fälle den dauernden Aufenthalt im Asyle bis zum Lebensende nothwendig macht. Wenn schon in manchen Ländern bestimmt ist, dass der Arme, von der Gemeinde versorgte Irre eine namhafte Zeit auf Staatskosten in der Anstalt behandelt und das Pflegegeld der Gemeinde für diese Zeit gänzlich erlassen wird, sofern dieser Kranke in den ersten 4—8 Wochen nach Beginn seines Leidens eingebracht ist, welch' anderes Motiv kann da Ausschlag gebend gewesen sein, als das Bestreben, dem schädlichen Aufschub der Einlieferung zu begegnen und so die Zahl der Heilungen zu vermehren?

Diese Erkenntniss und die Bestimmungen, die sie hervorrief, überheben nun freilich den praktischen Arzt der dauernden Behandlung psychisch Gestörter in der Familie, befreien ihn von einer schwierigen, wenig erfreulichen, oft ernste Sorgen in sich schliessenden Pflicht. Aber bei Weitem nicht dispensiren sie damit den Praktiker vom Wissen der Irrenheilkunde, im Gegentheil, sie reden geradezu dringend das Wort dem psychiatrisch-klinischen Unterrichte auf den Universitäten. Nicht der Irrenarzt, sondern der Hausarzt sieht doch zuerst den psychisch Erkrankten, sieht das Leiden auf der frühsten Stufe, auf der es oft nicht so leicht zu erkennen ist, weil es so oft durch andere Symptome verdeckt wird. Wenn Störung des Schlafes, Anomalien des Appetits und anderer Functionen, vage Schmerzen und Sensationen, allgemeine Mattigkeit und schlechtes Aussehen zusammenfallen mit gewissen Arten übler Laune, mit Reizbarkeit, Neigung zu Zornesaffecten, mit zeitweiligem dumpfen Hinbrüten, mit Unlust zu jeder Art Arbeit, oder mit unstäter Vielgeschäftigkeit — dann werden psychiatrisch gebildete Aerzte nicht mehr trösten und Hoffnung geben, dass der Zustand des Kranken sich bei geduldigem Warten schon wieder bessern werde, sondern sie werden bei Zeiten die Angehörigen veranlassen, alle die Schritte zu thun, welche zur Aufnahme in die Anstalt erforderlich sind, damit dieselbe unverzüglich geschehe, wenn die Invasionsperiode des Leidens beginnt. Und wenn die Krankheit rasch ausgebrochen und bereits voll entwickelt vorliegt, dann werden in der modernen Psychiatrie gebildete Aerzte nicht mit imposanter Miene und Haltung vor den Tobenden treten und ihm sich zu beherrschen gebieten, nicht dem Melancholischen einzureden versuchen, dass seine Angst, sein Seelenschmerz unmotivirt, nur sinnlose Einbildung sei, auch dem Verrückten nicht auf logischem Wege sarkastisch nachzuweisen beginnen, dass er verkehrt denkt; nicht werden sie auch mit unnützen Heilversuchen, wie Entziehungs-, Kaltwasser-, Erschütterungs- oder Zerstreuungscuren die kostbare Zeit verschwenden, sondern auf schleunigste Ueberführung des Kranken in die Irrenanstalt dringen.

Also befähigt klinisches Studium der Psychiatrie den praktischen Arzt die leise beginnende Psychose schon zu erkennen, zeitig die richtige Indication zu stellen — und diese ist ja nur die möglichst baldige Aufnahme in die Anstalt — und es befähigt ihn bis zu diesem Zeitpunkt den Kranken rationell zu behandeln!

Dürfen, ja müssen wir schliessen, dass mit der Verbreitung psychiatrischer Kenntnisse unter dem jungen Nachwuchse der Aerzte die Zahl der Heilungen in den Anstalten wachse, dann ist auch ohne Weiteres schon bewiesen, dass der klinische Unterricht in der Irrenheilkunde zur Wohlfahrt des ganzen Landes mit beitrage.

Klar am Tage, jedem erfassbar liegt ja der hohe ethische Werth dieser Hoffnung! Ebenso klar aber tritt der materielle Werth dieser Hoffnung hervor: Heilung von Geisteskrankheit heisst doch zugleich auch Rückkehr der körperlichen wie der geistigen Arbeitskraft, also der Fähigkeit zum Theil oder ganz sich selbst, ja die Familie zu unterhalten. Und nur einen geringen Bruchtheil der Arbeitskraft des Gesunden vertritt der beruhigte, unheilbare, körperlich rüstige Geisteskranke, während sein Unterhalt, wo er auch untergebracht ist: in der Irrenpfleganstalt, im Armenhaus, in einer Familie, immer viel höher kommt, als der eines Gesunden gleicher Kategorie.

Aber damit erschöpft sich noch nicht der ideale wie praktische Werth der psychiatrischen Bildung angehender Aerzte! Wer alle Symptome der Geistesstörungen in der Klinik gründlich kennen gelernt hat, wer aus wenigen, aber pathognomischen Zügen ein bestimmtes psychisches Krankheitsbild zu erkennen vermag, der wird in der Praxis entscheiden können, bei welchen anscheinend ruhigen Kranken Selbstmord bevorsteht, von welchen Seelengestörten gefährliche Angriffe auf andere zu fürchten sind, so wenig der Laie dies ahnt, ja nur zugiebt, oder von welchen Irren Störung der öffentlichen Ordnung und Sicherheit zu gewärtigen ist, oder endlich, wer in Folge krankhaften Bethätigungsdranges, krankhafter Speculationssucht oder aus kindischer Geistesschwäche binnen Kurzem Hab und Gut, oft nach Tausenden zählende Vermögen zu verschleudern und dadurch sich und die Seinigen an den Bettelstab zu bringen Gefahr läuft. Wieviel Unheil, Kummer, wieviel Mangel, Noth und Entsetzen vermag also tüchtiges Wissen des Praktikers in der Psychiatrie zu verhüten, indem es ihn befähigt, trotz allem Protest der Angehörigen (wie er so häufig sich zeigt) mit aller Energie zu bestehen auf Verbringung dieser gefährlichen Kranken zur Anstalt, mit welcher die Möglichkeit all' jenes Unglücks mit einem Mal abgeschnitten wird?

Nicht nur hoffen, sondern erwarten dürfen wir, hochansehnliche Versammlung, dass die Bevölkerung, wenigstens der urtheilsfähige Antheil derselben, den Segen, der ihr aus psychiatrischer Bildung der Aerzte erwächst, empfinden und dankbar anerkennen und rühmen werde. Und muss diese Erkenntniss nicht auch das Ansehen des ärztlichen Standes, heben, unseres Standes, Commilitonen, dem anzugehören wir mit wahrer Begeisterung bekennen, desjenigen Berufes, der stündlich bei Tag und Nacht der Ausübung reiner Humanität obliegt und doch nicht selten schiefer Beurtheilung, ja hässlichem Undanke ausgesetzt ist? So weit es an uns ist, wollen wir alles wirken und schaffen, dass unser Wissen und unser Können der Menschheit in jeder Art Krankheit zu dienen, zu nützen vermöge, dass unser Beruf mehr und mehr der vollen Würdigung und des vollen Dankes theilhaftig werde, die zu verdienen er in sich die Kraft besitzt.

Freudig spreche ich also am Schluss meiner Rede alles zusammenfassend noch einmal aus: der klinische Unterricht in der Psychiatrie giebt Nahrung der Wissbegierde, dem Forschungsdrange der Jugend, er fördert die Wohlfahrt des Landes und hebt das Ansehen des ärztlichen Standes!

Referate.

R. Coën: Ueber Sprechanomalien im Kindesalter. (Archiv für Kinderheilk. Bd. II. Hft. 8 und 9. 1881).

Vf. hat bei 10 Kindern im Alter von 3—14 Jahren Sprechanomalien beobachtet und zwar bei 54 Kindern Stottern, bei 23 Sprachlosigkeit (Alalia), bei 20 Stammeln und bei 13 die übrigen Sprachfehler, Lispeln, Schnarren etc.

Von ersteren waren 46 Knaben, 8 Mädchen, am häufigsten im Alter von 7—8 Jahren, die jüngsten 3—4 Jahr. Meist waren es schwächliche, engbrüstige, oft rachitische und scrophulöse, nur sehr selten gesunde, blühend aussehende Kinder. Fast immer liess sich die Ursache ermitteln und zwar wurde das bestehende Stottern in den einen Fällen durch traumatische oder psychische Einwirkungen, Erblichkeit, Nachahmung etc. hervorgerufen, in den anderen entwickelte es sich allmählig nach schweren Infectionskrankheiten, Scharlach, Masern, Diphtheritis, Pocken.

Von den 23 mit Alalia idiopathica behafteten Kindern waren 12 Knaben, 11 Mädchen, das jüngste 3½, das älteste 10 Jahre alt. Hier waren es meist gesunde, ja blühende Kinder. Als Ursache nimmt Vf. mit Bestimmtheit nur Erblichkeit an, weniger traum. und psych. Einwirkungen.

Unter Alalia versteht man das angeborene, gänzliche Unvermögen articulirte Laute zu bilden, im Gegensatz zur erworbenen Aphasia. Man findet bei der Alalia kein äusseres, erklärendes Symptom, das Gehör war normal entwickelt, keine Spur von Lähmung oder Parese, Körper- und speciell Kopfbildung gut. Ebenso waren keine acuten Erkrankungen vorhergegangen. Vf. rechnet daher die Alalia idiopath. nicht zu den mechan. Dyslalien, sondern zu den Dysarthrien functioneller Natur und nimmt in pathol. anatom. Hinsicht keine organ. Läsionen der Sprachcentren, sondern unvollkommene Entwickelung des motor. Centrums für die Coordination der Lautbewegungen zu Lautwörtern oder Hemmung der centrifugalen Leitungsbahn an.

Von den stammelnden Kindern waren 16 Knaben, 4 Mädchen, das jüngste 5, das älteste 13 Jahre alt. Meist war die Sprache in toto gestört, nur selten partiell. Noch weit mehr als der Schwerhörigkeit als ätiolog. Moment giebt Vf. Schuld der *ganz vernachlässigten oder äusserst mangelhaften Spracherziehung.* Nur sehr selten lagen grobe anatomische Veränderungen der äuseren Sprachwerkzeuge vor.

Mit Lispeln, Schnarren etc. beobachtete Vf. 13 Kinder, 6 Knaben und 7 Mädchen. Am häufigsten war das Lispeln. Auch hier war fehlerhafte Sprecherziehung die Ursache.

Ein prophylakt. Verfahren hat Aussicht beim Stottern, Stammeln, Lispeln und Schnarren.

Da stotternde Kinder, wie gesagt, meist schwächlich und engbrüstig sind, besteht die hauptsächlichste prophyl. Maassregel hier in methodischer Lungengymnastik, deren Ausführung Vf. genau beschreibt. Nebenbei Heilturnen, kühle Vollbäder und allgemeine Kräftigung,

Beim Stammeln lässt Vf. das Kind aus eventuell sprachschädlicher Umgebung entfernen und 2—3 Wochen möglichst wenig sprechen, langsam und deutlich ihm Worte vorsagen lassen, die es dann wiederholen muss. Die Umgebung muss mit dem Kinde *stets in lauter langsamer und correcter Sprache* verkehren. Kann das Kind lesen, so muss es langsam und laut lesen.

In ähnlicher Weise ist beim Lispeln und Schnarren vorzugehen, speciell sind die S- und R-Laute zu berücksichtigen.

Das Lispeln wird durch eine gewisse Stellung der Schneidezähne begünstigt. Hlm.

M. Meyer: Ueber schmerzhafte Druckpunkte als Ausgangspunkte galvanischer Behandlung. (Berl. kl. W. № 31).

— M. hat schon früher auf schmerzhafte Druckpunkte aufmerksam gemacht, welche bei hartnäckigen Neurosen an verschiedenen Stellen der Wirbelsäule (proc. transversi) liegen und nicht immer leicht aufzufinden sind. Auch an anderen Stellen, innerhalb des Plexus, beim Eintritt der Nerven in die Muskel findet man bei sorgfältigem Abtasten bisweilen solche schmerzhafte Punkte; diese Punkte sind die geeignetsten Stellen für die galvanische Behandlung und M. hat eine Reihe von Erfolgen aufzuweisen in solchen Fällen, welche früher bereits erfolglos elektrisch behandelt waren. Er applicirt auf den Druckpunkt die Anode eines constanten Stromes von mässiger Stärke, — anfangs 4, später 6, 8, 10 Elemente. Einige Krankengeschichten werden mitgetheilt (einer der Patienten war Prof. Westphal).

—o—.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

F. A. Falck: Lehrbuch der praktischen Toxikologie. Stuttgart. Ferdinand Enke. 1880. gr. 8°. 328 S.

Das vorliegende Lehrbuch ist speciell für praktische Zwecke geschrieben, für den praktischen Arzt und Gerichtsarzt, und behandelt daher nur solche Stoffe, die erfahrungsgemäss oft Erkrankung und Tod der Menschen hervorrufen. Ein allgemein gehaltener Abschnitt geht voraus, die einzelnen Stoffe sind dann in der Folge angereiht, dass zuerst die anorganischen, dann die organischen, zuletzt Thiergifte und verdorbene Nahrungsmittel besprochen werden. Das Hauptgewicht liegt auf der Symptomatologie und den Thierexperimenten. Die Therapie ist flüchtiger behandelt. Wir halten das Buch, welches zum Nachschlagen bequem eingerichtet ist, für praktische Zwecke sehr brauchbar, bedauern nur, dass das Capitel der verdorbenen Nahrungsmittel gar zu stiefmütterlich behandelt ist; dieses Capitel hat im Vergleich mit einer ganzen Reihe seltener und heutzutage sehr wenig gebräuchlicher arzneilicher Giftstoffe, die recht ausführlich abgehandelt sind, doch eine hervorragend praktische Bedeutung. Beigegeben ist eine Tabelle der Maximaldosen der Giftstoffe nach der Pharmakopoea germanica, nebst Angabe der Minimaldosen derselben Stoffe, welche erfahrungsgemäss den Tod von Menschen herbeigeführt haben. Druck und Ausstattung sind gut. S—t.

Russische medicinische Literatur.

№ 219. **Wratsch.** № 36.
Inhalt: a) F. Pasternazki: Ein Fall von Infection eines Kranken, der an Febris recurrens litt, mit Masern und Flecktyphus.
b) A. Kahan: Ein Fall von Excision eines Epithelialkrebses der Zunge nach vorgängiger Unterbindung der rechten Arteria lingualis. (Aus der chirurg. Abthl. des Obuchow-Hospitals.)
c) G. Karrik: Ueber Kumyss (Forts.).
d) J. Hauenstein: Ein Fall von Milzruptur.
e) Derselbe: Ein Fall von Verfärbung der Haut bei Intermittens.

№ 220. **Wratschebnija Wedomosti.** № 34.
Inhalt: a) Schuschljabin: Zwei Fälle von Anaemia perniciosa progressiva. (Aus der Klinik des Prof. Laschkewitsch.)
b) A. Krassin: Behandlung der Cholera infantum mit Kumyss. (Schluss.)

№ 221. **Wojenno-Sanitarnoje Djelo** № 19.
Inhalt: a) G. Herzenstein: Ueber die Beförderung der Truppen.
b) N. Goldenberg: Zur Technik der Fussbekleidung der Truppen.

№ 222. **Klinitscheskaja Gaseta** № 23.
Inhalt: a) N. Ssimanowski: Ein Fall von angeborenem Herzfehler.
b) A. Bjelzow: Ein Fall von Exarticulation des Fusses nach Chopart.
c) P. Poljanski: Ein Fall von Haematoma retroperitonäalo, welches ein Aneurysma der Aorta abdominalis vortäuschte.

№ 223. **Tageblatt der Gesellschaft Kasanscher Aerzte.**
Inhalt: a) M. Chomjakow und N. Kotowtschikow: Ueber die Entstehung der Respirationsgeräusche.
b) A. Rjabinin: Ueber die Thätigkeit des mobilen Lazareths der 2. Infanterie-Division im Jahre 1877—78.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— El observador medico № 3.
— Il movimento medico-chirurgico № 6.
— Paris médical № 33 und 34.
— Nowe poszukiwania nad sztucznem trawieniem. Przez D-ra M. Rejchmana. (Sep.-Abdr.)
— Nice médical № 11.
— La gaceta de sanidad militar № 160.
— Revista medica de Chile № 12.
— Revista medico-quirurgica № 8.
— Canada medical and surgical journal № 1.
— Cronica medico-quirurgica de la Habana № 8.
— Lehrbuch der physikalischen Untersuchungsmethoden von Prof. H. Eichhorst. Th. II. Circulations- und Abdominalorgane. — Mit 71 Abbildungen in Holzschnitt und einer Farbentafel. — Fr. Wreden. — Braunschweig 1881.
— Wiener Klinik Heft 9. Nedopil: Ueber tuberculöse Erkrankungen der Zunge.

Tagesereignisse.

— Von glaubwürdiger Seite erfahren wir, dass das Recht zum Tragen des Doctor-Abzeichens, wie es die Militärärzte haben, auch den Aerzten des Civilressorts verliehen werden soll.

— Der Docent der Chirurgie an den weiblichen medicinischen Cursen, Dr. J. Nassilow, ist zum ausserordentlichen Professor der operativen Chirurgie an der militär-medicinischen Academie ernannt worden.

— Zum Professor der Physiologie an der Academie in Lausanne ist A. Herzen, bisher Professor in Florenz, berufen worden. In den sechsziger Jahren begann H. einen Cursus der Zoologie und vergleichenden Anatomie in russischer Sprache herauszugeben, es blieb jedoch bei der ersten Lieferung, da die Einfuhr des Buches in Russland verboten wurde.

Miscellen.

— Zur Ergänzung unserer früher gebrachten Nachricht über die vacante Oberarztstelle am Stadthospital in Odessa theilen wir mit, dass die Gage des Oberarztes 3000 Rbl. und das Quartiergeld 500 Rbl. beträgt.

— Wie der «Wratsch» erfährt, giebt Dr. Koslow nach seinem Rücktritt vom Amte eines Ober-Militär-Medicinalinspectors auch den Posten eines Chef-Redacteurs des «Wojenno-Medizinski Journal» auf und soll die Verpflichtung der Militärärzte, auf dieses Journal zu abonniren, aufgehoben werden. Ebenso verlautet, dass nach dem Rücktritt des Generalstabsdoctors der Flotte, Dr. Busch auch die «Medicinischen Beilagen zum Morskoi Sbornik» eingehen werden.

— Der Pächter der kaukasischen Mineralbäder hat nach dem «Porjadok» im Laufe von 12 Jahren im Ganzen 350,000 Rbl. Subsidie von der Krone erhalten. Der Pachtcontract läuft im Dec. 1882 ab.

— Die Zahl der Aerzte aus Russland, welche an dem letzten internationalen medicinischen Congresse theilnahmen, betrug im Ganzen 31, und zwar waren aus Petersburg 17, aus Warschau 5, aus Moskau 3, aus Kasan 2, aus Wilna 2, aus Dorpat und Charkow je 1. Weibliche Aerzte wurden zum Congress nicht zugelassen (wie es heisst, auf Wunsch der Königin Victoria), wogegen 43 derselben [1] einen collectiven Protest bei der Geschäftsführung einreichten.

— Ein englisches medicinisches Blatt «The Bistoury» macht folgende recht boshafte Bemerkung über den letzten Congress der Aerzte in London: «Eine Versammlung so berühmter Gelehrter ist ohne Zweifel von grossem Werthe für die Wissenschaft. Wir bemühen uns, statistische Daten über die Mortalität in den Ländern, aus welchen die Repräsentanten der Medicin kamen, zu sammeln doch können wir voraus sagen, dass während der Abwesenheit der Herren Aerzte die Zahl der Todesfälle um 30 % abgenommen hat. Wir hoffen, dass der im nächsten Jahre in Berlin stattfindende Congress der Apotheker ein ebenso erfreuliches Resultat liefern wird».

Personal-Nachrichten.

Amtliche.

— *Ordensverleihungen*: Seine Majestät der Kaiser hat zu verleihen geruht:

Den *Weissen Adler-Orden*: Dem Dr. med. Rudinski, Gehilfe des Chefs der Haupt-Militär-Medicinalverwaltung.

Den *St. Annen-Orden I. Cl.*: Dem Dr. med. Balinski, berathendes Mitglied des Militär-Medicinischen Gelehrten-Comites, und dem emer. Prof. der Kaiserlichen Militär-Medicinischen-Academie, wirklichen Staatsrath Roshnow.

[1] Darunter 25 Frauen, welche die Berechtigung zur Praxis in England haben.

Den *St. Wladimir-Orden III. Cl.*: Dem wirklichen Staatsrath Brittick, Revisor der Haupt-Militär-Medicinalverwaltung.

Den *St. Annen-Orden II. Cl.*: Dem Staatsrath Iwanowski, Prof. extraord. der Kaiserlichen Militär-Medicinischen-Academie und dem Dr. med. Oppenheim, Arzt der Haupt-Artillerie-Verwaltung; dem St.-R. Alexejewski, ält. Ord. des Militär-Hospitals zu Nowgorod; dem St.-R. Ratschkowski, jüng. Ord. des Moskauer Militärhospitals; dem St.-R. Shdanow, als Arzt dem Militär-Medicinaldepartement attachirt; dem C.-R. Juschkewitsch, ält. Ord. des Militär-Hospitals zu Chersson; den Coll.-Räthen und ält. Aerzten: Orlow, vom L.-G.-Ulanen-Regiment; Bojanowski, vom 2. L.-G. Schützen-Bataillon; Ssokolow, vom 4. Grenadier-Regiment; Chochlow, vom 11. Gren.-Reg.; Brehm, vom 4. Inf.-Reg.; Plawinski, vom 28. Inf.-Reg.; Opitz, vom 108. Inf.-Reg.; Juchnowitsch, vom 14. Dragoner-Reg.; Schröder, vom 3. Don.-Kosaken-Reg.; Lokuziewski, vom 5. D.-K.-R.; Artemow, vom 7. D.-K.-R.; Marchand, vom 33. Inf.-Reserve-Bataillon; Kochanowski, vom 33. Inf.-R.-Bat.; Grinewitsch, vom 69. Inf.-Reserve-Bataillon.

Den *St. Annen-Orden III. Cl.*: Dem Hofrath Julski, Revisor der Haupt-Militär-Medicinalverwaltung; den Coll.-Räthen und ält. Aerzten: Menshinski, vom 13. Inf.-Reg.; Kolpakow, vom 14. Schützen-Bataillon; Alexandrow, vom 10. Don.-Kosaken-Reg.; Grusow, von der 1. Artillerie-Brigade; Peterson, vom 12. Inf.-Reserve-Bat.; Lemke, vom 35. Inf.-R.-Bat.; Kotshershewski, vom 45. Inf.-R.-Bat. und Notess, vom 55. Inf.-Reserve-Bataillon.

Den *St. Stanislaus Orden II. Cl.*: Den Staatsräthen: Paschutin, Prof. Ordin. der Kaiserlichen Militär-Medicinischen-Academie und Woronzow, Prof. extraord. der nämlichen Academie; Wroblewski, ält. Ord. des Ujasdow-Militär-Hospitals zu Warschau; Illin, ält. Arzt des Disciplinar-Bataillons zu Bobruisk und Pelenkewitsch, Arzt a. D. des 57. Inf.-Res.-Bat.

— *Enthoben*: Dr. med. Geheimrath Koslow, tempor. stellvertretender Inspector der Militär-Medicinalverwaltung und ständiges Mitglied des Militär-Medicinischen Gelehrten-Comites — auf eigenes Gesuch, seiner Stellung als temp. Inspector der Militär-Medicinalverwaltung, mit Belassung in der Würde eines ständigen Mitgliedes des Militär-Medicinischen Gelehrten-Comites.

— *Befördert*: Zu *Wirklichen Staatsräthen* die Staatsräthe: Subowski, Gehilfe des Militär-Medicinal-Inspectors des Moskauer Militärbezirks; Schljachtin, Corpsarzt des 3. Armeecorps; Jermakow, Gebietsarzt von Ssemipalatinsk; Manoss, Arzt der Haupt-Intendantur-Verwaltung; die Profess. ord. der Kaiserlichen Militär-Medicinischen Academie: Brandt, Manassein und Pelechin; Tarnowski, Consultant für syphilitische Krankheiten bei der Haupt-Militär-Medicinalverwaltung und Prof. extraord. der Kaiserlichen Militär-Medicinischen Academie, und Willms, der Kommandantur-Verwaltung der Petersburger Festung attachirt und ält. Ord. des klinischen Militär-Hospitals.

— *Beurlaubt*: Dr. med. wirkl. St.-R. Wreden, Consultant für Ohren-Krankheiten bei der Haupt-Militär-Medicinal-Verwaltung — zur Wiederherstellung seiner Gesundheit auf zwei Monate in's Ausland, und Dr. med. St.-R. Lösch, Consultant beim Petersburger Nicolai-Militärhospital — zu wissenschaftlichen Zwecken auf vier Wochen ins Ausland.

Vacanzen.

— *Aerzte* finden vom 1. Januar 1882 ab temporäre Stellung beim Gouvernements-Landschaftsamt von *Poltawa*. Die Aerzte erhalten ein Monatsgehalt von 150 bis zu 200 Rbl. Qualificirte Bewerber belieben sich an das Landschaftsamt des Gouv. Poltawa zu wenden.

— *Landschaftsarztstelle* im Kreise *Mzensk* des *Orel*'schen Gouv. Gehalt 1000 Rbl. jährlich nebst freier Wohnung mit Beheizung und 200 Rbl. Fahrtengelder. Wohnsitz im Kreise, 18 Werst von Orel und 30 Werst von Mzensk entfernt. Der Arzt ist verpflichtet an bestimmten Tagen ambulante Kranke bei sich zu empfangen und ausserdem ein Mal wöchentlich einen 10 Werst entfernten Feldscheererpunkt zu besuchen. Refl. haben sich zu wenden an die „Мценская Земская Управа".

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 6. September 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	550	250	800
Alexander- «	461	158	619
Kalinkin- «	—	443	443
Peter-Paul- «	260	101	361
St. Marien-Magdalenen-Hospital	165	73	238
Marien-Hospital	293	241	534
Ausserstädtisches Hospital	263	125	388
Roshdestwensky-Hospital	46	18	64
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	340	116	456
6 zeitw. Hospitäler	541	138	679
Ausschlags-Hospital	7	4	11
Summa der Civilhospitäler	2926	1667	4593
Nikolai-Kinder-Hospital	29	27	56
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	45	54	99
Elisabeth-Kinder-Hospital	15	18	33
Summa der Kinderhospitäler	89	99	188
Nicolai-Militär-Hospital	361	19	380
Ssemenow'sches Militär-Hospital	148	—	148
Kalinkin-Marine-Hospital	181	—	181
Gesammt-Summa	3705	1785	5490

Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	1018	285	1303
Scarlatina	7	6	13
Variola	8	3	11
Venerische Krankheiten	555	442	997

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 30. August bis 6 September 1881 besucht von 2348 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1037.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs

für die Woche vom 23. bis 29. August 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 528 Todtgeborene 25). — Mortalität 40,91 p. M.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
310	218	528	94	27	67	8	11	26	61	71	57	50	35	15	3	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 12, Typh. abd. 26, Febris recurrens 15, Typhus ohne Bestimmung der Form 9, Pocken 5, Masern 2, Scharlach 7, Diphtheritis 10, Croup 3, Keuchhusten 4, Puerperalkrankheiten 1, Dysenterie 2, Thiergift 1, andere Infectionskrankheiten 7.

— Gehirnapoplexie 13, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 14, andere Gehirnkrankheiten 23, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 13, acute Entzündung d. Athmungsorgane 37, Lungenschwindsucht 88, andere Krankheiten der Brusthöhle 19, Gastro-intestinal-Krankheiten 103, andere Krankheiten der Bauchhöhle 20, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 31, Marasmus senilis 20, Cachexia 21.

— Tod durch Zufall 12, Selbstmord 1. Mord 1.

— Andere Ursachen 8.

Nächste Sitzung d. deutschen ärztlichen Vereins, Montag den 21. September 1881.

Nächste Sitzung des allgem. Vereins St. Petersburger Aerzte, Dienstag den 29. September 1881.

Adressen von Krankenpflegerinnen.

Anna Karlowna Mordwin, у Чернышева моста, № 68, кв. 5.
M. Jakimowa, Гороховая, № 77, кв. 15.
Elis. Iwan. Njemtschinowa, На Пескахъ, 7 улица, № 8, кв. 4.
Amalie Schulz, На углу Вознесенскаго и Екатерингофскаго просп., д. Лихачева, № 37/6, кв. 37.
Frl. Helena Fedorowna Stepanenko (Hebamme u. barmherz. Schwester), Почтамтская ул., № 11, кв. 17.
Аполинарія Егоровна Щепоткина (Hebamme) Новая ул., № 11, кв. 28.
Frl. Rasmussen, Обводный каналъ (на углу Измайловскаго просп.) № 21, кв. 30.
Frl. Nürnberg, Мал. Конюшенная, № 1/3, кв. 50.
Frau Eurich, На углу М. Итальянской и Эртелева пер., д. кн. Масальской, № 1/12, кв. 19.
Elisab. Karlowna van der Vliet (Hebamme und Krankenpflegerin) На углу большой Мастерской и Торговой улицѣ, д. № 11/7, кв. 10.
Frau A. Jordan, Введенская ул., д. Зонтикова, кв. № 2.
Anna Andrejewna Bitt, Свѣчной переулокъ, д. № 8, кв. 10.
Anna Nikolajewna Nikolajewa, у Пустаго рынка, Рыночная ул., д. Пыльнева № 8, кв. 5.
Caroline Krause, Измайловскій полкъ, 3 рота, домъ Общества дешев. кварт., № 7, комн. № 90.
Mad. Steward, (Hebamme) На углу Вознесенскаго и Екатерингофскаго просп. д. № 37 (Лихачева), кв. 104.
Frl. Anna Cumming, (früher barmh. Schw.) В. О. на углу Средн. просп. и 8 линіи, д. № 45, кв. 11 (Рюлкинъ).
Mathilde Iwanowna Stark, früher barmherzige Schwester im Evangelischen Hospital, Могилевская № 18, кв. 9, bei Frau Fehst.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 11 Сентября 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh., Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

ST. PETERSBURGER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg,
Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 38. St. Petersburg, 19. September (1. October). 1881.

Multiple Exostosen bei einzelnen Gliedern derselben Familie.

Von

S. Schor,

(Odessa.)

Vor 3 Jahren präsentirte sich dem Dr. Tschatzkin ein Kranker mit Klagen über Unbequemlichkeiten bei Bewegungen der Hände, besonders der rechten. Bei der Untersuchung fand Tschatzkin eine Menge knöcherner Geschwülste auf den langen und platten Knochen und schickte den Kranken zu Dr. Bernstein zur Demonstration in der ärztlichen Gesellschaft. Dr. Bernstein demonstrirte ihn damals, und im vorigen Frühling zum zweiten Male, wobei ich ihn auch gesehen habe. Drei Monate darauf führte uns Tschatzkin auch die Schwester des Kranken vor. Bei ihr waren die Geschwülste weniger zahlreich und kleiner.

Da dieser Fall noch nirgend beschrieben ist, so veröffentliche ich ihn, nachdem ich möglichst genaue Daten über die ganze Familie gesammelt habe.

1) M. K., 21 Jahr alt, bemerkte von Jugend auf an seinen oberen und unteren Extremitäten eine Menge Knochengeschwülste. Vor 7 Jahren begannen die Geschwülste an den Knieen grösser zu werden, vor 3 Jahren vergrösserten sich diejenigen an der vorderen Oberfläche des rechten Schulterblattes so sehr, dass der Kranke bei jeder Bewegung des Armes ein Geräusch hörte und das Reiben der Geschwulst an den Rippen empfand; damals wandte er sich zum ersten Mal an den Arzt.

Bei der Besichtigung fanden wir: auf dem Proc. spinos. des 6. Halswirbels einen Tumor von Nussgrösse; auf dem 1. Brustwirbel ein ebensolcher Tumor. Auf den unteren Brust- und oberen Halswirbeln Tumoren von Haselnussgrösse und kleiner, auf beiden Seiten. Die Rippen hinten mit verschieden grossen Tumoren besäet; der grösste von ihnen bei der rechten Scapula, unten, von Wallnussgrösse. In der linken Achselhöhle oben ein Auswuchs wie eine dünne Platte mit gezähnten Rändern, die nach unten gerichtet sind. Die linke Brusthälfte ragt vorn über die rechte hervor. Die Verbindungen der Rippen mit den Knorpeln sind links stellweise blos verdickt, die 6. und 7. Rippe sind aber an diesen Stellen und nach aussen hin mit kleinen Tumoren besäet (diese Tumoren haben sich nach Aussage des Kranken nach dem Baden im Liman beträchtlich verkleinert). Die rechte Brusthälfte zeigt vorn auf der 2. Rippe in der Linea parasternalis einen haselnussgrossen Tumor; die übrigen Rippen sind an den Verbindungsstellen mit den Knorpeln mit kleineren rosenkranzförmigen Tumoren besäet.

Auf den Acromialenden der Claviculae kleine Geschwülste; diese Enden sind ausserdem verdickt und vom äusseren Rande der linken Clavicula geht eine Wallnussgrosse Geschwulst nach abwärts, welche die Einwärtsbewegung des linken Armes hindert. Beide Scapulae, besonders die rechte, nach hinten ausgebogen; auf den zu den Rippen gewendeten Oberflächen fühlt man Tumoren durch von der Grösse einer grossen Wallnuss.

Auf dem rechten Humerus, auf der Grenze zwischen oberem und mittlerem Drittel, innen, ein kleinapfelgrosser Tumor; auf dem Cond. int. ein nussgrosser Tumor. Auf dem Ende des Radius, auf der Rückenfläche, ein kleinapfelgrosser höckeriger Tumor.

Auf dem linken Humerus an beiden Condylen Geschwülste mit scharfen Rändern, welche im Verein mit dem verdickten Proc. cubitalis die völlige Flexion des Vorderarms hindern. Die ganze untere Gegend des Radius aussen und auf der Palmarseite, und die Ulna innen und auf der Dorsalfläche übersäet mit dünnen und langen Exostosen, die nach oben gerichtet sind. Metacarpolknochen und Phalangen beider Hände stellweise rauh und mit Geschwülsten übersäet, von Leinsamengrösse und grösser.

An der Spina oss. il. sup. ant. und inf. links nussgrosse Tumoren. Hinten auf den oss. il. nicht weit vom Kreuzbein Tumoren, rechts apfelgross, links wallnussgross. Die ganze Hinterfläche des Kreuzbeins, besonders unten, mit kleinen Tumoren besäet. Auf dem oberen Rande der ossa pubis, nicht weit von der Symphyse, kleine Tumoren, rechts grösser als links. Der rechte Tuber ischii dicker als der linke.

Beide Trochanteren, besonders der linke, verdickt, und gleichsam nach oben ausgezogen. Unterhalb des Trochanter rechts auf dem Femur ein faustgrosser Tumor. Der Cond. int. fem. stark verdickt, mit Höckern besäet und entsendet nach oben gezähnte Auswüchse. Die Ränder der Patella höckerig. Sehr starkes genu valgum. An der Vereinigungsstelle von Tibia und Fibula ein apfelgrosser Tumor. Die Tuberositas tibiae besäet mit Tumoren, von denen einzelne nussgross sind. Am unteren Winkel der Fossa poplitea ein Kindskopfgrosser Tumor. Der Mall. int. verdickt, höckerig, 3 Fingerbreit über dem Mall. ext. einige Tumoren, von denen der grösste wallnussgross ist. Die Ossa metatarsi und die Phalangen zeigen dieselben Veränderungen, wie an den Händen. Die linke untere Extremität zeigt dieselben Tumoren, nur von geringerer Grösse. Das Genu valgum auch geringer. Die Tumoren am oberen Ende der Tibia vorn und hinten sind dagegen umfangreicher. Der Kranke versichert, das rechte Genu valgum bestehe von Kindheit auf.

2) Der Vater des Kranken, Ch. 50 Jahr alt, hat seit der Kindheit unbedeutende Exostosen auf beiden Claviculae, etwas nach innen von den äusseren Enden, rechts bedeutender. Auf den Cond. int. beider Humeri je ein nussgrosser Tumor. Auf der 1. Phalange des 3. rechten Fingers ein kleiner Tumor. Die Malleoli ext. beiderseits stark verdickt. Links auf dem Metatarsus I ein kleiner Tumor. Beiderseits Genu valgum. Nach Angabe des Kranken haben die Tumoren seit 18—20 Jahren aufgehört zu wachsen.

3) Seine Tochter R., 20 Jahre alt, kräftig gebaut, leidet seit früher Kindheit an Epilepsie. Seit der Kindheit hatte sie Anschwellungen und Geschwülste an den unteren Enden beider Radii, welche in unmerklicher Weise allmählich verschwanden. Jetzt fand ich bei ihr folgende Veränderungen: Die Acromialenden der Claviculae aufgetrieben, auf der rechten ausserhalb eine nussgrosse Geschwulst. Die Ränder der linken Scapula, besonders der innere, stark verdickt. Links die Spina scapulae höckrig, der untere Winkel der Scapula hervorgekehrt. Auf den Cond. int. beider Oberarme ganz solche Tumoren, wie beim Vater. Die unteren Enden der Ulnae verdickt. Die ganze erste Phalanx des 2. rechten Fingers rauh. Beiderseits Genu valgum. Die Condyli int. femor. sind auf Druck schmerzhaft und verdickt. Die ganze untere Epiphyse des rechten Femur mit zahnartigen Auflagerungen bedeckt; im oberen Winkel der Fossa poplit. ein apfelgrosser, in letzter Zeit stark gewachsener Tumor. Alle 4 Malleolen stark verdickt.

Alle Tumoren bei Vater und Tochter sind härter als normaler Knochen, nur die Geschwulst in der Fossa poplit. hat Knorpelconsistenz. Auf den Zehen links Rauhigkeiten.

4) Bei der anderen Tochter, L. 17 Jahr alt, sind auch viele knöcherne Tumoren vorhanden, es gelang mir jedoch nicht, dieselbe zu Gesicht zu bekommen. Ausserdem theilte mir der Vater mit, dass der Bruder seiner Mutter ebensolche Geschwülste getragen habe.

Aehnliche Fälle sind von Recklinghausen, O. Weber [1], Cohnheim [2] und Henking [3], auch in Virchow's Buch über die Geschwülste [4] beschrieben worden.

Besonders ähnlich ist der Fall von O. Weber, da er auch bei mehreren Familiengliedern [5] die Geschwülste constatirte. Hierher zähle ich auch den Fall von Virchow, in dessen Aufsatz über die englische Krankheit [6]. Henking sagt mit Recht (S. 370) diese Fälle hätten das Gemeinsame, dass die Geschwülste in frühester Kindheit beginnen, allmählig wachsen, symmetrisch angeordnet sind und in der Nähe der Verbindungen von Dia- und Epiphyse sich entwickeln. Seiner Meinung nach zweifelt heute Niemand mehr daran, dass dieselben sich aus den intermedialen Knorpelplatten entwickeln.

Meiner Ansicht nach ist die Aetiologie dieser Geschwülste von hohem Interesse. Vix [7] spricht sich direct für die englische Krankheit aus. Recklinghausen spricht sich mit grosser Reserve aus, resumirt aber gewissermassen, es sei ein mit dem Knochenwachsthum in Verbindung stehender, vielleicht chronisch entzündlicher Process, so dass ein Unbefangener, dem etwa Virchow's Darlegung, dass die Rhachitis Aehnlichkeit mit einem entzündlichen Process habe, nicht unbekannt ist, unwillkürlich gerade an Rhachitis als ätiologisches Moment denken muss.

O. Weber, der von anderem Gesichtspunkt aus seinen Fall bespricht, äussert sich trotzdem dahin, dass die grosse Leichtigkeit der Knochen bemerkenswerth sei und ferner das typische Vorkommen in der Nachbarschaft der Epiphysen; ohne Zweifel sei ein Vergleich mit der Rhachitis nicht unstatthaft.

Cohnheim fand zufällig bei einer Section eine Menge Exostosen, deren Vorhandensein vom Kranken gar nicht bemerkt worden war. In Bezug auf die Aetiologie bemerkt er, man müsse die Entstehung in die früheste Jugend zurückverlegen, da schwer anzunehmen sei, dass so complicirte Veränderungen wie Exostosen, Hyperostosen und Synostosen im späteren Alter ohne entzündliche Erscheinungen und bedeutende Beschwerden entstehen könnten.

Henking spricht sich gegen die Rhachitis als ätiologisches Moment aus, in seinem Falle seien keine Spuren von Rhachitis vorhanden gewesen, doch wüsste ich nicht, wie man in demselben die Verdickungen am unteren Rande des Radius, am oberen Ende des Humerus, die Verdickung beider unterer Enden der Femora, das beiderseitige Genu valgum erklären wollte. Denkt man sich die Exostosen fort, so haben wir bei seinem Falle weit mehr Aehnlichkeit mit Rhachitis, als bei dem von Mikulicz (Langenb. Arch. Bd. XXIII, Taf. VIII u. IX), und die Präparate des letzteren erschienen Billroth, Volkmann und Busch beweisend genug zum Nachweise der rhachitischen Entstehung des Genu valgum der Erwachsenen. Henking wirft Vix gegenüber ein, dass weder am Tuber ischii, noch an anderen Knochen, wo sich starke Muskeln inseriren, Auswüchse vorhanden waren, doch ist ja allgemein bekannt, dass der rhachitische Process nicht gleichmässig die verschiedenen Knochen befällt, — man vergleiche 2 rhachit. Skelete, und wird immer Unterschiede finden. Weiter findet Henking es unverständlich, woher einige Tumoren ihre Knorpeloberfläche herhaben sollten. Doch gebe ich zu bedenken, dass an der Rhachitis auch das Knorpelgewebe der Epiphysen bedeutenden Antheil nimmt, dass einzelne Tumoren während des Knochenwachsthums sich weit von ihrer ursprünglichen Entstehungsstelle entfernen können, und dass einzelne Tumoren gleichsam als Hebel für die darüber fortlaufenden Muskeln dienten, — dieses alles erklärt wohl genügend die knorplige Bedeckung *einiger* Tumoren.

Dass diese Exostosen am besten nach der Cohnheim'schen Theorie von den Geschwülsten durch versprengte embryonale Keime erklärt werden, dafür bringt Henking Folgendes vor: Grosse Anzahl der Auswüchse an charakteristischen Stellen, Wachsthum bei völligem Wohlbefinden des Trägers [1], symmetrische Anordnung und Erblichkeit. Dieses Alles stimmt auch für die Rhachitis zu. Auch sie ist ein Process der frühesten Jugend, auch sie nimmt charakteristische Stellen ein, auch sie wird oft ganz zufällig entdeckt, der Träger hat sich also ganz wohl befunden, auch sie ist erblich.

Die Rhachitis ist noch sehr wenig studirt, besonders die Statik derselben, d. h. die chirurgischen Verkrümmungen und Deformitäten. Die rhachit. Form des Brustkorbes erklärt Virchow durch den Einfluss der Athembewegungen. Auch Senator [2] spricht sich für den ausschliesslichen Einfluss der Athembewegungen aus, und fügt hinzu, dass durch diesen Umstand die Thatsache erklärt werde, dass bei uteriner Rhachitis der Brustkorb nicht die charakteristischen Deformitäten zeige. Dagegen zeigt der von Virchow beschriebene Fall uteriner Rhachitis diese Veränderungen, ebenso zeigten die von Kehrer und Fischer [3] beschrie-

[1] Virchow's Archiv Bd. 35, pag. 203—507.

[2] Ebendaselbst Bd. 38, pag. 561.

[3] Ebendaselbst Bd. 77, pag. 364.

[4] Virchow, die krankhaften Geschwülste Bd. 2, pag. 82—87.

[5] Nach Beendigung dieses Aufsatzes fand ich in der «Medizinskoje Obosrenje» vom Dec. 1880 ein Referat der Fischer'schen Arbeit über 5 Familien, die von solchen Geschwülsten heimgesucht waren.

[6] Virchow's Archiv Bd. 5, pag. 489—491.

[7] Leider konnte ich seine Arbeit nicht bekommen, ich citire ihn nach dem Aufsatz von Henking.

[1] Cohnheim, der durch seine Theorie die Entstehung alle perniciösen Neubildungen erklärt, denkt gar nicht daran zu behaupten, dass „Wohlbefinden des Trägers" eine unerlässliche Bedingung zur Bestätigung seiner Theorie sei.

[2] Ziemssen, spec. Pathol. und Therapie, t. XIII.

[3] Archiv für Gynäkologie Bd. V, 1873, pag. 61 und Bd. VII, 1874 pag. 46.

benen und der von Trousseau angeführte Fall von Peter [1] die gewöhnlichen Deformitäten des rhachitischen Brustkorbes. Im Krause'schen Fall, der bei Volkmann [2] abgebildet ist, fehlten diese Veränderungen.

Nur Trousseau in seiner vortrefflichen Vorlesung über die engl. Krankheit sagt, man solle vorsichtig sein, und die rhachit. Verkrümmungen nicht blos vom Einfluss der Belastung und des Muskelzuges abhängig machen, da dergleichen Veränderungen auch beim Foetus vorkommen. In Bezug auf den Brustkorb habe ich nur bei Trousseau gefunden, dass hierbei Leber und Milz eine Rolle spielen. Da diese Organe bei der Rhachitis vergrössert zu sein pflegen, und wenig nachgiebig sind, so ist das recht plausibel. Was den oberen Brustabschnitt betrifft, so hat man bisher nicht auf die Thätigkeit und das Wachsthum des Herzens aufmerksam gemacht. Die Extremitäten betreffend, so kommt bei foetaler oder Rhachitis des ersten Jahres, wie auch sonst in schweren Fällen der Krankheit das Körpergewicht nicht in Frage. Die Muskeln betreffend, fand Virchow keinerlei Veränderungen derselben; Trousseau sagt, sie seien stark atrophirt, und nirgend finden wir eine Andeutung darüber, was bei rhachitischer Verkürzung oder Verlängerung der Knochen mit den Muskeln geschieht.

In Bezug auf die Entleerung der Kalksalze durch den Urin besitzen wir für die Rhachitiker bis heute noch keine genauen Daten. Virchow, Trousseau und Senator sprechen von vermehrter Kalkausscheidung durch den Harn. Ad. Baginsky [3] kam zu dem Schlusse, dass die Ausscheidung von Kalk und Magnesia bei Vergleich von Gesunden und Rhachitikern keinen bemerkbaren Unterschied zeige. Die relative Menge Chlor ist dagegen bei Rhachitikern vermindert. Seemann [4] erklärt das folgendermaassen: Wegen des Ueberflusses von Kalisalzen in der Nahrung verarmt der Organismus an Kochsalz, was eine Verminderung der Salzsäure im Magen zur Folge hat; die Kalksalze bleiben desshalb ungelöst im Magen und werden mit dem Koth ausgeschieden.

Obgleich man Seemann darin nicht zustimmen kann, dass alle Erscheinungen der Rhachitis blos Folgen der Weichheit der Knochen sind, die seiner Meinung nach ausschliesslich vom Kalkmangel im Blute herrührt, so wird dennoch, wenn seine Analysen sich bestätigen, die Pathogenese der engl. Krankheit um Vieles klarer werden. In dieser Hinsicht ist Schetelig's [5] Arbeit über die quantitative Ausscheidung der Kalksalze bei verschiedenen Krankheiten interessant. Uns speciell interessirt ein Fall bereits abgelaufener Knochenerweichung, in welchem die Kalkausscheidung sehr verringert war, und von dem Schetelig sagt: wäre der Fall nicht schon lange abgelaufen, so könnte man glauben, dass jetzt vermehrte Assimilation seitens der Knochen stattfinde zum Ersatz früheren Verlustes. Interessant ist der Umstand, das beim Typhus die Kalkausscheidung durch den Urin = 0 ist. Obwohl er wie Seemann dieses durch die Unfähigkeit des Magens erklärt, während des Typhus Kalksalze zu lösen, so muss man doch sagen, dass Schetelig's Zahlen die Seemann'sche Theorie definitiv umwerfen. Erstens ist aus Seemann's 3. Tabelle ersichtlich, dass bei genesenden Rhachitikern die Kalkausscheidung vermehrt ist, während sie in Schetelig's Falle von Osteomalacie vermindert ist [1], zweitens müsste, wenn die Seemann'sche Theorie richtig wäre, jeder Typhus bei Kindern zur englischen Krankheit führen.

Meiner Meinung nach sind bei der Rhachitis unzweifelhaft Milz und Knochenmark afficirt, nach der Meinung Anderer auch die Leber; einige Autoren sprechen auch von Veränderungen in Gehirn und Muskeln. Ferner sind oft der Respirations- und Verdauungskanal afficirt; ausserdem beginnt sie zuweilen mit Fiebererscheinungen; folglich ist sie *wahrscheinlich* eine allgemeine Infectionskrankheit [2]. Wenn Schetelig's und Seemann's Arbeiten sich bestätigen, so kann man sagen, dass in der Urinausscheidung auch eine Analogie mit den Infectionskrankheiten liegt, da in beiden die Ausscheidung von Chlor und Kalk durch den Urin vermindert ist. Welcher Natur das rhachitische Gift sei, ob organisirt, organisch oder wie, ist unbekannt. Ebenso wenig bekannt ist, ob die Verarmung des Blutes an Chloriden und Kalk eine Folge der Infection mit dem rhachitischen Gift, oder aber, was wahrscheinlicher scheint, die Verarmung des Blutes an Kalk und Chloriden leistet der Entwickelung des rhachitischen Giftes Vorschub, wenn solches in dem umgebenden Mittel vorhanden ist, gleichwie ein Ueberfluss an Kalk und Chloriden im Blut dieses Gift neutralisirt. So zerstört ja Chinin das Malariagift! Was die rhachit. Verkrümmungen anbetrifft, so muss man, ohne den Einfluss der Schwere und der Muskeln abzuleugnen, als wahrscheinlich annehmen, dass das rhachitische Gift in erregender Weise auf die Muskeln einwirke: Wenn Seemann's Arbeit sich bestätigt, nach welcher im rhachit. Organismus die Kalisalze überwiegen, so würde dieser Umstand vielleicht den gereizten Zustand der Muskeln erklären [3], ebenso wie das Vorkommen von Infractionen und Fracturen bei rhachitischen Embryonen.

Kehren wir zu der Frage von der Genese der multiplen Exostosen zurück, so kann man a priori sagen, dass nach den anatomischen Veränderungen der rhachitischen Knochen, besonders der Epiphysen zu urtheilen, und berücksichtigend 1) dass der Process die verschiedenen Theile einer und derselben Epiphyse nicht gleichartig afficirt, und 2) dass an den Stellen, wo Muskeln angeheftet sind, die Vorwucherung des Knochengewebes verstärkt ist, (cf. Roloff, pag. 475, 476 und 479), d. h. die Muskeln das weiche Gewebe in Form von Auswüchsen hervorziehen, — man wohl annehmen kann, dass der rhachitische Process zuweilen anstatt des gewöhnlichen Befundes verdichteter, verbreiteter und ver-

[1] Trousseau, klinische Vorlesungen, Bd. II, pag. 580.

[2] Pitha und Billroth, Handbuch Theil II, Bd. 2.

[3] Cf. das Referat seiner Arbeit in der «Medicinskoje Obosrenije» vom Nov. 1880, pag. 570.

[4] Virchow's Archiv, Bd. 77, pag. 299.

[5] Virchow's Archiv Bd. 82, pag. 437. Leider habe ich diese Arbeit eben nicht zur Hand, und citire sie aus dem Gedächtniss.

[1] Das kann man noch damit erlären, dass Rhachitis und Osteomalacie verschiedene Krankheiten sind.

[2] Cf. Roloff, Virchow's Arch. Bd. 37, pag. 433. In diesem Aufsatz führt Roloff mehrfach an, dass englische Krankheit und Osteomalacie bei den Thieren epizootisch vorkommen.

[3] «Med. Obosrenije» vom Dec. 1880. Referat der Arbeit von Prof. Rossbach und Dr. Anrep über den Einfluss der Gifte und Medicamente auf Länge und Ausdehnbarkeit der quergestreiften Muskeln (über die Wirkung der Kalisalze).

längerter Epiphysen, gleichsam partielle Verdickungen und Auswüchse an den Punkten gebe, wo Muskeln befestigt sind. Eine wie grosse Rolle der Zug spielt, sieht man am deutlichsten bei O. Weber (l. c.), wo eine grosse Exostose an der inneren Oberfläche der 3. Rippe wie der Augenschein lehrte durch die Zugkraft pleuritischer Pseudomembranen entstanden war. Ausserdem enthält die Literatur Fälle multipler Exostosen bei unzweifelhaften Rhachitikern (der Virchow'sche Fall foetaler Rhachitis und Stanley's Fall, der von Virchow in seinem Werk über die Geschwülste citirt ist); auch die Zeichnungen der Skelete bei O. Weber und Henking weisen deutlich auf rhachit. Affection hin [1], und so kann man mit grosser Wahrscheinlichkeit den Schluss ziehen, dass alle Fälle multipler Exostosen, die von frühester Kindheit herdatiren, Producte rhachitischer Erkrankung sind.

Nachträglich füge ich Folgendes hinzu: In Virchow's Archiv Bd. 83, pag. 377, ist ein Aufsatz von Zander erschienen, der die Seemann'schen Resultate bestätigt; in Gerhardt's Handbuch Bd. III, 1 bespricht Rehn in einem Aufsatz über Rhachitis den Einfluss der Herzthätigkeit in Bezug auf Deformität des Brustkorbes; er ist der Einzige, der diesen Umstand erwähnt, — hätte ich seinen Aufsatz früher gelesen, so hätte ich nicht gesagt, dass dieser Umstand bisher ganz ausser Acht gelassen sei. In demselben Aufsatz ist sehr interessant die Differentialdiagnose zwischen Rhachitis und hereditärer Syphilis, um so mehr, als eben im «Progrés médical» Parrot's Vorlesungen über Identität von hereditärer Syphilis und Rhachitis erscheinen.

In demselben Handbuch von Gerhardt Bd. VI, 2, las ich neuerdings den Aufsatz von Prof. v. Wahl über Exostosen und obgleich er S. 383 sagt, dass es sehr zweifelhaft sei, ob man immer diese Fälle als durch Rhachitis bedingt erklären dürfe, so litt merkwürdiger Weise der einzige Fall, den er anführt, (S. 384) an dieser Krankheit. Auf die Worte v. Wahl's: «nach einer ganzen Reihe von Fällen, wo Rhachitis in den ersten Jugendjahren nicht nachgewiesen werden konnte», — kann man erwidern, dass in letzter Zeit die Rhachitis adultorum wieder Bürgerrecht in der Wissenschaft zu erlangen beginnt (Cf. den Aufsatz von Mikulicz l. c.).

Referate.

F. Steinmann: Ueber den Zeitpunkt der Abnabelung Neugeborener. Inaugural-Dissert. Dorpat 1881, 4°.

Die Frage, wann die Abnabelung Neugeborener vorzunehmen sei, hat in letzter Zeit vielfache Bearbeitung gefunden. Kritische Sichtung der einschlägigen Literatur bildet den ersten Theil der Arbeit, eigene Beobachtung, Wägungen einer Reihe von zu verschiedenen Zeiten abgenabelten Kindern während der ersten 7 Tage bilden den zweiten Theil. Die Resultate sind in Kürze folgende: post part. geht eine gewisse Menge Blut aus der Plac. in den kindl. Organismus über, bedingt durch die bei pulsirender Nabelschnur vom kindl. Herzen bewirkte vis a tergo, und durch die Contraction der Placentargefässe. Die Wägungen haben Verf. gelehrt, dass dieses durch späte Abnabelung nach erloschener Pulsation dem Kinde zugeführte Mehrquantum an Blut für dasselbe weder von Vortheil noch von Nachtheil ist, oder vielmehr müsste er nach seinen Erfahrungen sagen, dass die Gewichtsverhältnisse der früh ($^1/_2$—$^1/_2$ post. part.) bei kräftig pulsirender Nabelschnur abgenabelten Kinder sich als die günstigsten erwiesen hätten. Doch enthält er sich eines stricten Schlusses, weil ihm besonders im Hinblick auf mehrere entgegengesetzte Resultate anderer Forscher sein Material nicht gross genug erscheint. Die Placentarlösung und der Austritt derselben scheinen Verf. nach Blutentleerung derselben etwas beschleunigt zu erfolgen, darin würde er einen Vortheil später Abnabelung für die Mütter sehen, für welche sonst der Zeitpunkt der Abnabelung ohne Bedeutung ist. S—t.

A. Szikszay (Budapest): Experimentelle Beiträge zur Aetiologie des Scorbut und zur antiscorbutischen Wirkung des Kali aceticum. (Pest. med.-chir. Presse №№ 25—30).

Vor bereits mehr als 40 Jahren stellte Garrod die Hypothese auf, dass die Ursache des Scorbutes in einem Mangel an Kalisalzgehalt der Nahrungsmittel zu suchen sei. Diese Anschauung wurde theils acceptirt, theils angegriffen und ist bis jetzt noch nicht vollständig durchgedrungen, da man ausser dem Kalimangel noch verschiedene andere Ursachen, wie Miasmen, fauliges Wasser etc. annimmt.

Verf. hat als Gefängnissarzt häufig Gelegenheit Scorbut zu beobachten und unternahm es die Garrod'sche Anschauung auf die Weise zu prüfen, dass er seinen Pat. Kalisalze verschrieb. — Kali chloricum, K. jodatum und K. tartaricum blieben wirkungslos, während bereits nach 10 Grm. ($2^2/_3$℥.) *Kali aceticum* die Pat. entschiedene Besserung zeigten. Verf. proponirt folgende Formel:

Rp. Kali acetic. solut. . . . . . 10,0 Grm. (c. $2^2/_3$ ℥)
Aq. fontanae . . . . 200,0 » (c. 7 ℥)
Syrup. simpl. . . . . . 15,0 Grm. (c. $^1/_2$ ℥)
MDS. Stündl. 1 Esslöffel voll. (?)

«Die Kranken nahmen dieses Mittel in dieser Weise Wochen hindurch, ohne dass es nothwendig gewesen, dasselbe wegen unangenehmer Nebenwirkung auf Magen oder Nieren auszusetzen.»

Die Behandlung bis zur Heilung betrug im Durchschnitt 29 Tage (18—38), während bei anderer Behandlungsart 2—5 Monate vergehen. Um den Kaligehalt des Blutes vor und nach der Behandlung zu prüfen, unternahm Verf. im physiol. Institute des Prof. Plósz eine Reihe von Analysen. Dieselben erwiesen eine entschiedene Zunahme des Kaligehaltes im Blute und Harne nach der Behandlung.

(Somit bestätigt Verf. die Annahme von Garrod und wären Versuche in unseren hiesigen grossen Hospitälern, in denen jährlich Hunderte scorbutisch werden, äusserst empfehlenswerth.) P.

W. Hack: Ueber Kehlkopfhusten. (Aerztl. Mitth. 1881. № 11 und 12.)

Verf. bestätigt die Störk'sche Entdeckung, dass der characteristische, trockne, krampfhafte Kehlkopfhusten durch die Reizung der Schleimhautfalte zwischen den Aryknorpeln ausgelöst wird. Das Sich-Verschlucken besteht in Reizung dieses Hustenpunktes durch Speisepartikel. Circumscripter Katarrh dieser Stelle oder auch ein hier haftendes Schleimklümpchen sind fernere Ursachen. Ausser dem Husten sind Kitzel an dieser Stelle und zuweilen Schlingbeschwerden gleichfalls Symptome solcher circumscripter Katarrhe. Heiserkeit tritt erst auf, wenn auch die Stimmbänder mit ergriffen sind. Locale Pinselung dieser Stelle mit 5% bis 10% Höllensteinlösung führt zur Heilung.

Eine fernere bisher wenig beobachtete Erkrankung der Regio interarytaenoïdea ist die Schleimhautfissur dieser Stelle; sie ruft unaufhörlichen Husten, Schmerzen und starke Beschwerden beim Schlucken und Sprechen hervor und kann zuweilen Kehlkopfschwindsucht vortäuschen. Diese Erkrankung ist oft auch laryngoskopisch schwer zu diagnosticiren wegen der schwer zu übersehenden Lage der hintern Kehlkopfswand. Galvanocaustische Aetzung der Fissur mit dem Verbot einige Tage zu sprechen und tief zu inspiriren, führt zur Heilung. Dehio.

Coghill: Antiseptische Inhalationen bei Lungen-Affectionen. (Brit. m. J. Mai 1881.)

C. empfiehlt bei allen mit eitriger Expectoration verlaufenden Lungenaffectionen antisept. Einathmungen. Pat. soll durch den Mund *ein-*, durch die Nase *ausathmen*. Er giebt: Tinct. Jodi aether., Acid. carbol. āā ʒij, Kreosoti (vel. Thymoli) ʒj, Spirit. vini rectif. ʒj; wenn der Husten quälend ist, mag man Chloroform oder Aether sulf. nach Bedürfniss zusetzen. Solange viel Sputa producirt werden, ist es gefährlich den Husten zu unterdrücken.

(Lond. med. Rec.)

E. Vincent: Intraperitonäale penetrirende Verletzungen der Blase. (Revue de chirurgie №№ 6 und 7. (Juin et Juillet.)

In der ersten Hälfte seiner Arbeit giebt Verf. eine historische Uebersicht über die bisherigen Methoden der Behandlung bei Blasenverletzungen und unterwirft sie einer kritischen Beleuchtung, aus der hervorgeht, dass dieselben alle nicht zu günstigem Ausgang führen. Hippocrates erklärte die Verletzungen der Blase für absolut tödtlich und diese Ansicht wurde bisher stets bestätigt, weder Catheterismus, Urethrotomie im Perinäum, Punction durch das Rectum oder durch die Bauchwand, noch die Vesicotomia perinealis retteten die Patienten, nur die Laparotomie in der Linea alba und consecutives Vernähen der Blasenwunde können Aussicht auf Erfolg geben; diese Methode ist zuerst von Willet ausgeübt worden, jedoch noch ohne günstiges Resultat. In 94 Fällen von Blasenwunden, die Bartels zusammengestellt, war 93 Mal der Tod gefolgt, und

[1] Cf. auch den oben citirten Aufsatz von Mikulicz, Zeichnung 7 und 9.

nur in einem Falle, derjenige Walther's in Pittsburg, gelang es Genesung zu erzielen (Assmuth citirt noch einen zweiten Fall, cf. unsere Wochensbhrift № 22 a. c.) — Um nun die genannte Methode zu studiren, hat Verf. eine Reihe von Thierversuchen vorgenommen. Er brachte Hunden allerlei Blasenverletzungen bei, durch Stiche, Hiebe, Schüsse, ferner excidirte er auch Stücke der Blase und darauf reinigte er die Bauchhöhle, legte die Blasennaht an, vernähte die Bauchwand und behandelte sie antiseptisch. Besonderes Gewicht legt Verf. auf eine von ihm erdachte Art der Blasennaht. Zuerst wird eine Reihe tiefer Nähte durch Serosa und Muskelschicht mit Schonung der Epithelschicht angelegt, darauf wird durch oberflächliche Nähte Serosa mit Serosa vereinigt. Im Allgemeinen erhielt er gute Resultate, wenn die Blasennaht nicht später als 8 Stunden nach der Verletzung angelegt wurde; waren mehr als 24 Stunden verflossen, so krepirten die Hunde, jedoch weniger an Peritonitis, als an Uraemie.

Im Allgemeinen kommt Verf. zum Schluss, das man möglichst bald nach einer Blasenverletzung oder Ruptur die Laparotomie mit nachfolgender Blasennaht vornimmt, je mehr Zeit verflossen, um so schlechter die Prognose. Verf. spricht auch den Wunsch aus, man möge auch auf dem ersten Verbandplatze an die Operation denken, wodurch dann so Mancher, der bisher überhaupt für verloren galt, gerettet werden könne. P.

R. Albrecht. Zur Kenntniss und Entwickelung der Spirochaete Obermeieri. (Deutsches Archiv f. klin. Medic. XXIX. 1,2.)[1]

In den einleitenden Bemerkungen bespricht Verf. zuerst die noch streitige Frage von der Gestalt der Spirochaete des Recurrensfiebers. Er entscheidet sich für die Korkenzieherförmige Gestalt derselben im Gegensatz zu Moczutkowsky, welcher sie für ein welliges Fädchen ansieht, dessen Biegungen in einer Ebene liegen. Die weiteren Bemerkungen über die Bewegung und sonstige an der Spirochaeta bemerkbare Lebenserscheinungen bestätigen die Beobachtungen früherer Forscher. Das Verschwinden der Spirochaeten aus dem Blut der Recurrenskranken zu Ende des Fieberanfalles sucht Albrecht durch die Hypothese zu erklären, dass vermöge des Lebensprocesses der Spirochaete im menschlichen Blute selbst ein Stoff erzeugt werde, welcher schliesslich die Spirochaeta wiederum vernichtet, sobald er sich in genügender Menge entwickelt hat. Die Annahme einer solchen Selbstvernichtung des Spirochaetenlebens ist nicht allzufernliegend, seitdem Wernich das schliessliche Aufhören des Bacterienlebens in Nährflüssigkeiten auf dieselbe Weise zu erklären versucht hat. Vf. erinnert daran, dass z. B. Phenol, das Endproduckt des Fäulnisstoffwechsels, zugleich das strengste Bacteriengift ist. Zur Erklärung des weitern Krankheitsverlaufes nimmt Verf. ferner an, dass die Ausscheidung der erwähnten Spirochaetenproducte, so zu sagen ihres Giftes, in einem Verhältniss vor sich geht, welches die Entwickelung der Keime zu Spirochaeten nicht stört. Nach 5—8 Tagen, einer Zeit, welche die Keime zu ihrer Entwickelung brauchen, beginnt eine neue Generation Spirochaeten ihr Leben in einem Medium, welches in sich selbst noch einen Theil des von der ersten Generation producirten Giftes enthält, das freilich ungenügend ist, die Reifung und Entwickelung der Spirochaeten zu verhindern. (Der andere Theil des Giftes ist während der Apyrexie durch den Stoffwechsel aus dem Körper eliminirt worden). Die Folge ist jedoch die viel raschere Sättigung des Blutes mit den Parasitenproductionen; es kommt zu einem raschern Eintritt der Krise und einer kürzern Dauer des Anfalles. Zum dritten Anfall ist die Anhäufung des Giftes eine noch grössere, es tritt noch rascher die Remission ein und die Sättigung des Blutes mit Bacteriengift ist eine so grosse, dass die übrigbleibenden Keime nicht zur Entwickelung kommen können, oder die Spirochaeten so zu sagen in statu nascenti zerfallen und ausgeschieden werden, womit also die Beendigung der Krankheit gegeben wäre.

Wie man sieht, kommt bei dieser jedenfalls fein ersonnenen Hypothese Alles darauf an, die thatsächliche Existenz von Spirochaetenkeimen nachzuweisen, welche sich auch zur Zeit der Apyrexie im kreisenden Blut des Recurrenskranken befinden müssen; dieser Nachweis nun ist Albrecht in der That gelungen. Er hat nicht nur diese Keime im Blut von Recurrenskranken aufgefunden, sondern auch die allmähliche Entwicklung derselben zu richtigen Spirochaeten sowohl ausserhalb als innerhalb des menschlichen Organismus beobachtet und (wenn auch für's Erste noch sprungweise und stellenweise lückenhaft) verfolgt.

Verf. hat Recurrenskranken, welche sich in der Apyrexie befanden, täglich Blutproben entnommen, dieselben unter einem Deckgläschen in der feuchten Kammer aufbewahrt und täglich mikroskopisch durchmustert. Auf diese Weise gelang es ihm im Blut der Recurrenskranken auch zu einer Zeit, wo sie nicht fieberten, kleinst epunktförmige Gebilde nachzuweisen, welche anfänglich einzeln im Blute umher schwammen und moleculäre, anscheinend selbständige Bewegung zeigten. Später bildeten sie, sich vermehrend, handtelförmige Doppelgebilde, welche weiterhin zu Conglomeraten von 4, 6, 10 und mehreren Punktgebilden wurden, die bald ketten- und rosenkranzartig an einander hingen, bald unregelmässig sich zusammenballten und die mannigfaltigsten Knäule bildeten, in denen sich die einzelnen Punkte immer auf's Lebhafteste unter- und durcheinander bewegten. Allmählich lösen sich aus solchen Knäulen kleine Fäden und Ketten von Punktgebilden heraus, die Punkte in denselben ordnen sich unter fortwährender Bewegung zickzackförmig an, indem sie durch eine feine durchsichtige Zwischensubstanz zu einem spiraligen Faden verbunden sind, dann verschwinden die einzelnen Punkte und es löst sich eine regelrechte Spirochaete mit ihrer eigenartigen Bewegung vom urspünglichen Knäuel ab. Diese Beobachtungen hat Verf. an Recurrensblut gemacht, welches Tage und Wochenlang unter einem Deckglas verschlossen gehalten wurde. Bestätigt hat er dieselben auch dadurch am Lebenden, dass er frisches Blut von Recurrenskranken täglich mikroskopisch untersuchte; während der Apyrexie fand er die beschriebenen Keimgebilde wieder, welche von Tag zu Tag weitere Entwickelungsstufen zeigten und mit Beginn des Anfalles ihre definitive Spirochaetenform erlangt hatten. Während des Anfalles waren im Blut ausser den bisher bekannten, ausgebildeten Spirochaeten auch die verschiedenen Entwickelungsstadien der Keimformen vorhanden.— Auch im Blut von Recurrensleichen, welche im Anfall vor Ausbruch des kritischen Schweisses gestorben waren, konnte Verfasser sowohl ausgebildete Spirochaeten, welche ihre Lebens- und Bewegungsfähigkeit nicht eingebüsst hatten, als auch Spirochaetenkeime nachweisen, woraus sich der in jüngster Zeit auch durch die Erfahrung bestätigte Schluss ziehen lässt, dass die Recurrensleichen ähnlich wie die Milzbrandleichen ansteckend sein können.— Der wichtigste Unterschied zwischen den unter dem Deckglase gezüchteten und den im Körper sich entwickelnden Spirochaeten besteht darin, dass erstere ein Paar Tage mehr Zeit zu ihrer Entwickelung brauchen als letztere.

Somit ist dem Verfasser gelungen, objectiv den bisher vergeblich gesuchten genetischen Zusammenhang zwischen den Spirochaeten des ersten Recurrensanfalles und denen des zweiten Anfalles nachzuweisen. Wir brauchen nicht hervorzuheben, von welch' weittragendem Interesse diese Entdeckung nicht bloss für die Pathologie des Typhus recurrens, sondern überhaupt für die ganze Bacterienfrage ist.

Dehio.

[1] Theilweise sind die in dieser Arbeit niedergelegten Entdeckungen des Verfassers schon als vorläufige Mittheilungen in der Petersb. medic. Wochenschr. veröffentlicht worden. Cfr. diese Wochenschr. № 1. 1880.

Russische medicinische Literatur.

№ 224. Wratsch. № 37.
Inhalt: a) J. Ssyromjatnikow: Ueber fehlerhafte Drehung der Schultern und des Kopfes bei Schädellagen der Frucht.
b) G. Karrik: Ueber Kumyss (Forts.).
c) W. Swjatlowski: Sanitarische Lage der Arbeiter während des Baues der Msta-Brücke auf der Nikolaibahn.
d) J. Margolin: Ueber Jodoform.
e) A. Sserbski: Die Impfung im Moskauer Findelhause während der II. Hälfte 1880.
f) J. Troizki: Ein Fall von einem Stein in der Urethra eines einmonatlichen Kindes.

№ 225. Wojenno-Medicinski Journal. August-Heft 1881.
Inhalt: a) W. Obraszow: Zur Morphologie der Blutbildung im Knochenmark der Säugethiere.
b) J. Potjechin: Ueber den Zustand der Harnsäure im normalen Harn des Menschen und über die färbenden Extractivstoffe desselben.
c) F. Treskin: Ueber Kugelkanäle und ihre Verwachsung.
d) L. Minor: Ueber Bleilähmung.
e) W. Podwyssozki: Pharmaceutische Bedeutung der wirksamen Bestandtheile des Podophyllin.

№ 226. Wratschebnija Wedomosti. № 35.
Inhalt: a) H. Rodsewitsch: Statistik der Menstruation bei den Frauen St. Petersburg's.
b) Stud. A. Pawlowski: Zur Behandlung des Lupus.

№ 227. Klinitscheskaja Gaseta № 24.
Inhalt: a) F. Treskin: Bemerkung über die Pirogow'sche Operation, veranlasst durch zwei Fälle, in welchen dieselbe mit günstigem Ausgange ausgeführt wurde.
b) J. Grammatikaki: Acute gelbe Leberatrophie während der Gravidität.
c) A. Schiltow: Zur Therapie der Bindegewebswucherungen im Kehlkopf und in der Trachea.

№ 228. Wojenno-Sanitarnoje Djelo № 20.
Inhalt: a) Prf—w: Einige Bemerkungen über den Empfang der Wehrpflichtigen.
b) J. Is—n: Einige Beweise für die Contagiosität der Dysenterie.
c) N. Goldenberg: Die Kleidung unseres Soldaten.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Gesundheit. Zeitschrift für öffentl. und private Hygieine, red. von Prof. C. Reclam. № 13 u. 14. — G. L. Daube. — Frankfurt a/M.
— El medico y cirujano centro-americano № 19.
— La emulacion № 4 und 5.
— Paris médical № 27.

— St. Louis clinical record № 3.
— El observador medico № 4.
— Monatsschrift für Ohrenheilkunde № 8.
— Der foetide chronische Nasenkatarrh (Ozeana) von Dr. Jos. Herzog. (Sep.-Abdr. aus: «Wien. med. Pr.»)
— Annales de la société médico-chirurgicale de Liège № 8.
— Beiträge zur Anatomie des Darmkanals von A. Tarenetzky. (Mém. de l'acad. imp. des sciences de St. Pétersb. — T. XXVIII, № 9.)

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 21. Januar 1881.

Dr. Mercklin: Ueber die Sehnenreflexe. Vortragender will untersuchen, ob die den sog. Sehnenreflexen von vielen Seiten, insbesondere für die Diagnostik verschiedener Nervenkrankheiten vindicirte hohe praktische Bedeutung, gerechtfertigt. Dr. M. schliesst sich der Erklärung Erb's an, nach welchem die Sehnenreflexe durch nervöse Reflexübertragung zu Stande kommen, wofür die pathol. Erfahrung spricht und die Thierexperimente von Schultz, Fürbringer, Burckhardt und Tschirjew und betont, dass das von Sachs constatirte Vorkommen von Nerven im Muskelende der Sehnen, der Erklärung als Reflex eine anatomische Grundlage giebt. In Bezug auf die Methode der Untersuchung empfiehlt M. eine wiederholte Prüfung und Percussion der ganzen Sehne, da der Reflex oft nur von einer eng begrenzten Partie sich erzeugen lässt, zugleich betont er, da die Intensität des Patellarsehnenreflexes bei Gesunden in weiten Grenzen schwankt, dass ein Urtheil über die Lebhaftigkeit erst gefällt werden darf, findet man auch an der Achillessehne, der Tricepssehne des Oberarmes etc. lebhafte Sehnenreflexe. Vortragender bespricht anhangsweise das sog. Fussphänomen oder das Fusszittern, das seine Erklärung als eine Reihe von Sehnenreflexen findet, die von der Achillessehne ausgehen; bespricht dann die Steigerung der Sehnenreflexe als ein Symptom vieler Hirn- und Rückenmarkerkrankungen und kommt zu dem Schluss, der Steigerung der Lebhaftigkeit kann keine pathognostische Bedeutung beigelegt werden, da sie auch in Erschöpfungszuständen (bei Phthisikern, Typhuskranken) vorkommt, sie hat somit nur klinisches, symptomatologisches Interesse. — Das «Fehlen» des Patellarsehnenreflexes ist dagegen ein diagnostisches Hilfsmittel zum Erkennen einer heranziehenden Tabes; das Erlöschen desselben gehört zu den frühesten Erscheinungen der Tab. dors. Bei anderen Rückenmarkkrankheiten, so der progressiven Muskelatrophie, der Landry'schen Paralyse, ist das Fehlen der Reflexe von mehr klin. Interesse, da diese Krankheiten an sich schwer zu erkennen.

Dr. Holst hält die Bedeutung des Sehnenreflexes für eine sehr grosse, in erster Reihe das Fehlen desselben bei d. Tab. dors., was schon im Initialstadium der Fall; man könne ohne weiteres auf Tab. schliessen, fehlt der Patellarsehnenreflex bei nebenbei vorhandenen excentrischen Neuralgien. Dem gesteigerten Reflex supponire er eine grössere Bedeutung als Dr. Mercklin; er habe sich mit den Jahren eine praktische Grenze gebildet; da es oft schwer zu sagen, ob der Patellarsehnenref. in diesem Fall gesteigert, in jenem nicht, so spricht er von einer Steigerung nur dann, tritt statt einmaliger Contraction ein Tremor ein. So halte er zur Differentialdiagnose zwischen Tremor bei Säufern und der disseminirten Herdsclerose die Sehnenreflexe für recht wichtig, (bei letztgenannten Erkrankungen fehlen sie vollkommen). — Dr. Mercklin hat durchaus nicht die Absicht, die Erscheinung des Patellarreflexes zu schmälern, er möchte nur betonen, dass auch Gesunde nicht selten einen gesteigerten Patellarreflex aufweisen. — Dr. Mandelstamm bemerkt, der Augenarzt sei sehr früh im Stande die Diagnose auf Tab. zu stellen, er habe Dr. Holst eine grössere Zahl Leidender übersandt und seine Diagnose bestätigt gefunden. Es handelt sich nämlich, nach Robertson, bei beginnender Tabes um Aufhebung der Lichtreaction der Pupille, die anscheinend normal, und gleichzeitig um concentrische Einengung des Gesichtsfeldes. Dr. Stavenhagen meint, letzteres könne nicht als ein zur Diagnose auf Tabes zu verwerthendes Symptom angeführt werden, da es bei verschiedenen anderen Erkrankungen auch vorkommt. Dr. Mercklin führt Dr. Mandelstamm gegenüber an, dass durch das von ihm Hervorgehobene, das Verhalten des Sehnenreflexes nicht an Wichtigkeit verliere. — Dr. Holst macht darauf aufmerksam, dass bisweilen nur der Sehnenrand das Phänomen des Reflexes bei Percussion zeigt.

Sitzung am 11. März 1881.

Dr. Carlblom: Das Anlegen der Kopfzange an den Steiss und Einiges über die Nachgeburtsperiode. Nachdem Dr. C. die Application der Kopfzange an den Steiss in Wien gesehen, hat er sie 4 Mal (zwei 1 p. u. zwei 2 p.) bei erster Steisslage, Rücken nach vorne, angelegt, und 2 Mal von einem Collegen appliciren sehen. In den 4 Fällen umfasste die Zange den Steiss zu beiden Seiten; der eine Löffel sass verhältnissmässig näher zur Wirbelsäule, der andere hatte entsprechend von der Wirbelsäule entfernt, den Steiss-Oberschenkel gefasst. Die Kinder hatten keine pathologischen Erscheinungen in den ersten Wochen aufzuweisen. — Ist die Beendigung der Geburt geboten, so legt Vortragender die Zange an, gelingt es nicht leicht den Finger in die Schenkelbeuge zu führen und die Extraction zu machen. Der stumpfe Haken wird als gefährlich verworfen; mit der Schlinge dürften, abgesehen davon, dass das Anlegen sehr grosse Gewandheit erfordert, Quetschungen auch nicht sicher zu vermeiden sein. — Es empfiehlt sich eine kurze Zange nach englischem Princip mit geringer Kopfkrümmung; Verletzungen des Abdomens und heftiger Druck auf die Beckenknochen sind mit dieser nicht möglich, der hauptsächlichste Druck trifft die Weichtheile von Steiss und Oberschenkel. Die Zange sitzt fest, und ist sie Vortragendem einmal abgeglitten, so lag es daran, dass die Zange eine zu starke Kopfkrümmung hatte; mit einer kurzen wurde die Geburt gleich darauf glücklich beendet. — Der zweite Theil der Arbeit richtet sich gegen das Unwesen der Hebammen und läuft auf folgende Proposition hinaus: die G. prakt. Aerzte wolle eine Commission niedersetzen, die eine Hebammenordnung ausarbeitet; nach Begutachtung wolle d. G. das Elaborat unserer Medicinal-Obrigkeit zur schliesslichen Sanction und gütiger Ausführung übergeben. —

Zum ersten Theil der Arbeit bemerkt Dr. Haken, er halte eine Verletzung der Beckenknochen durch die Zange wohl für möglich, somit, ist die Benutzung des stumpfen Hakens auch gefährlich, den Gebrauch der Zange für nicht ungefährlich. — Dr. Carlblom betont nochmals das Ungefährliche der Zangenextraction; in Wien geschehe sie allgemein; ferner habe ein Leipziger Arzt sie ohne irgend welche Unfälle 35 Mal ausgeführt. Von Verletzungen durch die Zange ist ihm ausserdem nichts bekannt. — Dr. Hach glaubt über derartige Verletzungen gelesen zu haben; hat er auch selbst keine Erfahrung in dieser Frage, so müsse er sich dagegen aussprechen, da ihm die Weichtheile des Steisses der Zange nicht den genügenden Halt zu bieten scheinen. Er bespricht die Methoden nach Hüter und Haake, durch welche letztere allein sicher Quetschungen etc. zu vermeiden sind. Er hält den stumpfen Haken durchaus nicht für so ungemein gefährlich und meint, der Operateur müsse bei Mehrgebärenden mit dem Finger auskommen können. — Dr. Worms betont, dass nicht nur die neueren, sondern auch die alten Autoren, und wohl nicht ohne Grund die Zange perhorresciren; er sei bisher stets mit dem Finger und dem stumpfen Haken gut ausgekommen und werde fernerhin im Nothfall stets lieber zum stumpfen Haken greifen, als die Zange an den wenig Halt bietenden Steiss appliciren. — Dr. Rulle hat mit gutem Ausgang ein Mal die Zange gebraucht und will, bietet sich ihm die Gelegenheit, sie auch ferner anwenden. — Dr. Carlblom bemerkt, das Herabziehen mit dem Finger sei oft unmöglich, denn erreicht der Finger auch die Leistenbeuge, so könne man ihn oft nicht über sie wegkrümmen. Mit dem stumpfen Haken könne er sich nicht befreunden, in solchen Fällen, in denen Gefahr im Verzuge, wo der Steiss im Beckenausgang festsitzt, eine Wendung unmöglich, ist die Zange zu appliciren. — Dr. Haken schliesst sich Dr. Worms Ansicht an, ihm hat fast stets der Finger genügt. Mit dem stumpfen Haken hat er dem Kinde keine Verletzung zugefügt, wohl aber Brüche des Oberschenkelknochen gesehen, ein Mal sogar einen Riss im Unterleib. — Die Prognose der Femurfracturen, die meist im Collum statthaben, ist eine sehr gute. — Dr. Hach hält die angeführte Verletzung bei nur einigermassen geschickter Anwendung des stumpfen Hakens für unmöglich, ebenso Brüche, handelt es sich nicht um fast unüberwindliche Schwierigkeiten, und achtet man stets darauf, dass der Zug in der Richtung gegen das Steissbein des Kindes ausgeübt wird. — Dr. Huebner ist jezt, nachdem er die Anwendung in Wien gesehen, nicht gegen die Zange — hat sie aber bisher nicht gebraucht. Der Zug mit dem Finger ist stets zu unterstützen durch Expression von den Bauchdecken her. — Bei steter Ueberwachung des Endes des gekrümmten Hakens mit dem Finger, was unerlässlich, dürften Verletzungen auszuschliessen sein.

Der Proposition in Betreff der Ausarbeitung einer Hebammenordnung schliesst sich die Versammlung an und wählt in die Commission 6 Glieder, die DDr. Carlblom, Worms, Hollander, Haken, Rulle und Hach.

Die 54. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Salzburg.

I.

Wenn der Spätsommer und namentlich der September-Monat auch alljährlich die wahre Zeit der Congresse ist, so war er doch in diesem Jahre ganz besonders reich damit gesegnet. Wir erinnern nur an den Congress der deutschen Irrenärzte in Frankfurt a/M. und den balneologischen Congress ebendaselbst, die Congresse der Elektriker in Paris und der Augenärzte in Heidelberg, die Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Wien; dann kam noch der in seiner Grossartigkeit unübertroffene internationale medicinische Congress in London und endlich die 54. Versammlung der deutschen Naturforscher und Aerzte, welche in diesem Jahre programmgemäss vom 18—24. September in dem an Naturschönheiten reichen Salzburg tagte.

Die diesjährige Versammlung hatte zwar nicht so viele Koryphäen der medicinischen Wissenschaft unter ihren Mitgliedern aufzuweisen, wie manche früheren, immerhin war es aber eine stattliche Zahl von tüchtigen Kräften, die hinkamen, um die Resultate ihrer Arbeiten Gemeingut der medicinisch gebildeten Welt werden zu lassen. Wie wir aus dem Namensverzeichniss des von der Geschäftsführung uns gütigst zugesandten Tageblattes der Naturforscherversammlung zu-

sammengezählt haben, betrug die Zahl der Mitglieder und Theilnehmer der diesjährigen Versammlung 700. Aus Russland finden wir 8 Theilnehmer verzeichnet und zwar die DDr. Higginbotham, Kernig, Woronin aus St. Petersburg, G. Reyher aus Dorpat, Reimann aus Kijew, Chwat aus Warschau, Schapiro aus Odessa u. A.

In der Ansprache, mit welcher der erste Geschäftsführer Prof. Dr. Güntner die erste allgemeine Sitzung eröffnete, hob er hervor, dass die Stadt Salzburg, wenn auch nicht so reich ausgestattete Sammlungen und Institute, wie andere Städte, in welchen die Naturforscher-Versammlungen tagten, so doch eine so grosse und alte Geschichte aufzuweisen habe, wie kaum eine andere Stadt, und dass sie wohl geeignet sein dürfte zur geistigen Anregung, zum Austausch von Ideen, zur geistigen und körperlichen erfrischenden Stärkung für kräftige Arbeit am häuslichen Herde. Er erinnerte daran, dass die Naturforscher und Aerzte hier an der letzten Ruhestätte eines *Theophrastus Paracelsus* versammelt seien. Mit dem Wunsche, dass die diesjährige Versammlung, gleich den vorhergehenden, das emsig gesammelte Material zu weiterem Aufbau zusammenfügen und nach jeder Richtung befruchtend und segensreich wirken möge, erklärte er die 54. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte für eröffnet.

Nachdem sodann der Statthalter Graf Thun-Hohenstein im Namen der Regierung und der Bürgermeister R. Biebl im Namen der Stadt Salzburg die Versammlung bewillkommnet hatten, verlas der zweite Geschäftsführer, Prof. Dr. Kuhn, die Statuten der Gesellschaft. Hierauf bestieg Professor v. Pettenkofer aus München die Rednerbühne und hielt den angekündigten Vortrag «*über den Boden und seinen Zusammenhang mit der Gesundheit des Menschen*» welcher mit wahrem Enthusiasmus aufgenommen wurde. Nach Beendigung desselben schloss der Vorsitzende die erste Sitzung.

Wir werden auf den Pettenkofer'schen Vortrag in der nächsten Nummer näher eingehen. **Bf.**

Tagesereignisse.

— In der Nummer vom 29. August der «Peterburgskaja Gaseta» wird ein sehr erfreuliches Factum mitgetheilt. Die Stadtverwaltung von St. Petersburg richtet im Schlachthause des Nikolskischen Marktes eine *„Station" zur Untersuchung geschlachteter Schweine auf Trichinen ein*: ihre Thätigkeit soll bereits am 1. September a. c. beginnen. Der Chef dieser Anstalt ist der Veterinärarzt Isotow, dem 1 oder 2 Gehülfen beigegeben werden; es sollen Schnitte aus den Prädilectionsstellen der Trichinen, aus dem Zwerchfell, den Lenden-, Intercostal-, Hals-, Nacken- und Kehlkopfsmuskeln behufs mikroskopischer Untersuchung angefertigt und jedes, als gesund erkannte Schwein an den 4 Extremitäten gestempelt werden. Die Untersuchung auf Trichinen ist vorläufig noch nicht obligatorisch; um den Fleischern die Möglichkeit zu benehmen, aus finanziellen Rücksichten, kranke Schweine zu verheimlichen und sie zu einer solchen Untersuchung anzueifern, wird ihnen der doppelte Werth des untersuchten Schweins ausgezahlt. Die Untersuchung wird mit 50 Kop. per Schwein bezahlt, kann also den Preis für Schweinefleisch nicht erhöhen, es steht aber zu befürchten, dass die Fleischer die Procedur mit dem damit verbundenen Zeitverluste und den Formalitäten scheuen werden. **Hz.**

— Der Flagmanns-Doctor der baltischen Flotte und Ehren-Leibchirurg des Kaiserlichen Hofes, wirklicher Staatsrath Dr. Kudrin ist zum interimistischen Generalstabsdoctor der Flotte ernannt worden.

— Es erhält sich das Gerücht, dass der Professor der Augenheilkunde an der militär-medicinischen Academie seine Lehrthätigkeit an derselben aufgeben werde.

— In der Leitung der weiblichen medicinischen Curse sind folgende Veränderungen zu verzeichnen: Professor Landzert giebt seine Stellung als gelehrter Secretär der Curse auf und an seine Stelle tritt Professor Brandt; ebenso hat die Inspectrice der med. Curse Frau Jermolowa diesen Posten aufgegeben und ist an ihrer Stelle Frau Nowossilzewa ernannt worden.

— Professor Virchow hat sich auf seiner Reise zum archäologischen Congress nach Tiflis kurze Zeit in Charkow aufgehalten, wo ihm von Seiten der Studenten eine begeisterte Ovation dargebracht wurde. Beim Besuche der Universität wurde der berühmte Gelehrte von dem Curator des Lehrbezirks, dem Rector, allen Dekanen und mehreren Professoren bewillkommnet.

Miscellen.

— In der «Cincinnati Lancet and Clinic» vom 23. Juli 1881 ist die Annonce einer *Vorrichtung zu Application von Klystieren* nebst Abbildung eingerückt, welche ihrer Einfachheit wegen empfohlen werden kann. Ein nach Bedürfniss grosses Glasgefäss trägt an seinem oberen offnen Ende einen Kautschukpropfen, der zwei Mal durchbohrt ist. Durch die eine, etwas seitlich gelegne Oeffnung geht eine lange, den Pfropfen etwas überragende Glasröhre bis fast auf den Boden des Gefässes, während in der anderer Oeffnung eine kurze, in das Lumen des Glasgefässes etwas hineinreichende und an ihrem äusseren Ende einen Gummiballon tragende Glasröhre befestigt ist. Das Glasgefäss wird mit der nöthigen Flüssigkeit gefüllt, auf das äussere Ende der Schlauch zur Einführung des Klystiers in den Körper aufgezogen und die Flüssigkeit durch successives Zusammendrücken des Ballons in einem continuirlichen Strahl ausgepresst.

Der Erfinder dieser Vorrichtung ist Hr. E. Hall in Philadelphia.

— Mosetig (Allg. Wien. Zeit. 1881 14. Juni) schlägt das Einlegen einer *Tonkabohne* in trockenes *Jodoform* vor, um diesem den *üblen Geruch* zu benehmen; eine solche soll genügen, um 150—200 Grm. Jodoform geruchlos zu machen. (Cincinnati Lancet and Clinic 1881 30. July.)

— In Baggwylgraben bei Seedorf in der Schweiz hat eine Bauersfrau vor 8 Monaten Vierlinge (2 Knaben und 2 Mädchen) geboren, welche eben noch am Leben sind. Die Kinder, zwei Knaben und zwei Mädchen, haben die Grösse von 5 Monat alten Früchten und sin vollkommen gesund. Ihre einzige Nahrung ist gute Kuhmilch.

Personal-Nachrichten.

Amtliche.

— *Ordensverleihungen*: Seine Majestät der Kaiser hat zu verleihen geruht:

Den *St. Annen-Orden II. Cl.*: Den ält. Aerzten: Coll-Rath Abel vom 3. Sappeur-Bataillon, und C.-R. Djakowski vom Lazareth zu Ssamara; den jüng. Aerzten: C.-R. Uwerski vom Pawlow'schen L.-G.-Regiment; C.-R. Smirnow vom 93. Inf.-Bataillon und dem H.-R. Nessler vom L.-G.-Jäger-Regiment.

Den *St. Stanislaus-Orden II. Cl.*: Den ält. Aerzten: C.-R. Zarenko vom 2. Kurländischen L.-Ulanen-Regiment; C.-R. Wroiski vom 2. Inf.-Regim.; C.-R. Wassiljew vom 85. I.-R.; C.-R. Gross vom 100. I.-R.; C.-R. Steinberg vom 38. Inf.-Reserve-Bataillon, und dem C.-R. Luntz, ält. Ord. des Militärhospitals zu Minsk.

— *Ernannt*: Wirklicher Staatsrath Kudrin, Flaggmannsarzt der Baltischen Flotte und Ehren-Leibchirurg des Kaiserlichen Hofes — zum interimistischen General-Stabsdoktor der Flotte.

— *Verabschiedet*: auf ihre Bitte: Die Wirklichen Staatsräthe: Dr. med. Zellinski und Nikitin, beide dem Ministerium des Innern attachirt gewesen.

Vacanzen.

— *Eine Landschaftsarztstelle* im Kreise *Tscherepowez* des Gouvernements *Nowgorod* ist vacant. Gehalt 1800 Rbl. jährlich und freie Dienstfahrten. Die Stelle ist ausschliesslich für einen mit der Diphtheritis-Epidemie vertrauten Mediciner offen. Qualificirte Bewerber werden gebeten beglaubigte Abschriften ihrer Documente so bald als irgend möglich dem Kreis-Landschaftsamt von Tscherepowez zuzusenden.

— *Kreisarztstelle* in *Karkalinsk* (in Sibirien). Gehalt 1500 Rbl., ausserdem eine Zulage bis 500 Rbl. jährlich und 200 Rbl. zu Medicamenten.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 13. September 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	536	228	764
Alexander- «	456	163	619
Kalinkin- «	—	453	453
Peter-Paul- «	274	97	371
St. Marien-Magdalenen-Hospital	164	73	237
Marien-Hospital	290	225	515
Ausserstädtisches Hospital	245	127	372
Roshdestwensky-Hospital	45	20	65
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	358	108	466
6 zeitw. Hospitäler	455	132	587
Ausschlags-Hospital	8	7	15
Summa der Civilhospitäler	2831	1633	4464
Nikolai-Kinder-Hospital	32	34	66
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	45	49	94
Elisabeth-Kinder-Hospital	16	20	36
Summa der Kinderhospitäler	93	103	196
Nicolai-Militär-Hospital	362	19	381
Ssemenow'sches Militär-Hospital	205	—	205
Kalinkin-Marine-Hospital	173	—	173
Gesammt-Summa	3664	1755	5419

Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	913	247	1160
Scarlatina	11	5	16
Variola	9	4	13
Venerische Krankheiten	545	452	997

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 6. bis 13 September 1881 besucht von 2083 Kranken, darunter zum ersten Mal von 797.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs

für die Woche vom 30. August bis 5. September 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 498 Todtgeborene 21). — Mortalität 38,48 p. M.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
287	211	498	107	38	59	11	8	20	55	52	39	42	37	20	3	7

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 15, Typh. abd. 22, Febris recurrens 10, Typhus ohne Bestimmung der Form 8, Pocken 5, Masern 4, Scharlach 12, Diphtheritis 8, Croup 3, Keuchhusten 3, Puerperalkrankheiten 1, Dysenterie 3, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 11.

— Gehirnapoplexie 7, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 11, andere Gehirnkrankheiten 15, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 13, acute Entzündung d. Athmungsorgane 41, Lungenschwindsucht 70, andere Krankheiten der Brusthöhle 16, Gastrointestinal-Krankheiten 97, andere Krankheiten der Bauchhöhle 16, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 36, Marasmus senilis 21, Cachexia 22.

— Tod durch Zufall 18, Selbstmord 2. Mord 0.

— Andere Ursachen 8.

Nächste Sitzung d. deutschen ärztlichen Vereins, Montag den 21. September 1881.

Nächste Sitzung des allgem. Vereins St. Petersburger Aerzte, Dienstag den 29. September 1881.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 18 Сентября 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh., Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

ST. PETERSBURGER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg,
Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 39. St. Petersburg, 26. September (8. October). 1881.

Klinische Beobachtungen aus der St. Petersburger Augenheilanstalt.

Von

Dr. O. Lange,

Assistenzarzt an der St. Petersburger Augenheilanstalt.

Zur Casuistik der Orbitaltumoren.

Prof. Berlin sagt wörtlich in seiner jüngst erschienenen classischen Arbeit über Orbitaltumoren (Handbuch der gesammten Augenheilkunde von Graefe und Saemisch Bd. VI, 2. Hälfte, pag. 705) «Wenn wir an irgend einer Stelle der Orbita einen soliden Tumor mit höckriger Oberfläche fühlen, welcher nicht fluctuirt, nicht pulsirt, nicht compressibel oder steinhart ist, noch mit dem Gehirne in nachweisbarem Zusammenhange steht, auch nicht von den Lidern, dem Bulbus, der Thränendrüse, dem Sehnerven oder den benachbarten Höhlen ausgeht, so dürfen wir die Diagnose stellen, dass wir es mit einem Sarkom der Orbita zu thun haben». Als in der Orbita vorkommende Sarkomformen werden genannt: das Cylindrom (Sattler's Sarkoma carcinomatosum mit deutlich alveolärem Bau und grosser Neigung zu Recidiven), das plexiforme Sarkom, das Myxosarkom, das Rundzellen-, Spindelzellen- und das Fibrosarkom, und das melanotische Sarkom. Die meisten der n der Literatur als melanotische Tumoren der Orbita mitgetheilten Fälle, beziehen sich auf primär von der Choroidea ausgegangene Melanosen, welche ja bekanntlich beim Erwachsenen wenigstens zu den am häufigsten am Auge vorkommenden Neubildungen gehören, und nach Perforation des hinteren Abschnittes der Bulbuscapsel in der Orbita retrobulbär weitergewuchert waren. Diese ursprünglich intrabulbären melanotischen Neubildungen sollen hier ganz unberücksichtigt bleiben.

Die primär in der Orbita, vom Periost derselben oder vom orbitalen Fettzellgewebe ausgehenden melanotischen Tumoren sind sehr selten, die hierüber vorliegende Literatur ist eine sehr dürftige und sind, wenn ich mich nach den Angaben Berlin's richten darf, im Ganzen nur 11 Fälle von unzweifelhaften primär von der Orbita ausgegangenen melanotischen Neubildungen in der Literatur verzeichnet. Zwei dieser 11 Fälle hat Dr. Waldhauer in Riga beobachtet und sie in vorliegender Wochenschrift (1877 № 44) beschrieben. — Was den Verlauf der orbitalen Melanosen anbelangt, so sind dieselben wie fast alle melanotischen Neubildungen sehr bösartig und ist ihre operative Entfernung in den allermeisten Fällen von sehr bald auftretenden Recidiven gefolgt. Ausserdem führen sie, und zwar in einem relativ frühen Entwicklungsstadium zu Metastasen in inneren Organen, wobei besonders häufig und frühzeitig die Leber befallen wird. Den mikroskopischen Bau besagter Tumoren anlangend, gehören dieselben wohl durchgängig zur Gruppe der pigmentirten Sarkome. In Anbetracht der bereits hervorgehobenen Seltenheit primär in der Orbita zur Entwicklung kommender melanotischer Neubildungen erlaube ich mir nachfolgend zwei hierhergehörige von mir beobachtete Fälle mitzutheilen.

1) Julia Ring, 37 Jahre alt, giebt an sich bis vor 2 Monaten vollkommen gesund gefühlt zu haben. Beide Augen sollen immer gleich gut gesehen haben und will sie auch sonst niemals etwas auffallendes an ihnen beobachtet haben. Seit 2 Monaten empfindet Patientin in dem linken Auge, hinter demselben und auch in dessen äusserer Umgebung Schmerzen, welche hin und wieder sehr heftig werden sollen. Im Laufe der letzten 1½ Monate soll das linke Auge bedeutend aus seiner Höhle hervorgetreten sein und giebt Patientin an, in letzter Zeit von sehr lästigen Doppelbildern geplagt zu werden. Die am 9. März 1879 vorgenommene erste Untersuchung ergab Folgendes: Patientin klein von Wuchs, anämisch; Haut welk, Fettpolster wenig entwickelt; die Untersuchung der übrigen Körpertheile ergab nichts Abnormes.

Das linke Auge ist aus der Orbita bis auf 7—8 Mm. hervorgetreten, spontaner Lidschluss mit geringer Anstrengung vollkommen möglich. Das obere Lid ist stark über den Bulbus herabgesunken und kann nur wenig gehoben werden. Die Beweglichkeit des Bulbus ist nach oben und nach innen stark beschränkt, dem entsprechende gekreuzte und bei Erhebung der Blicklinie untereinanderstehende Doppelbilder. Bei der Palpation von aussen ergiebt sich ein deutlich über dem Bulbus, im oberen inneren Theil der Orbita durchfühlbarer nicht compressibler, resistenter, eine höckrige Oberfläche darbietender, keine Fluctuation, keine Pulsation und keine auscultatorischen Erscheinungen zeigender Tumor, welcher bei Druck schmerzhaft ist. Die vom Conjunctivalsacke aus mit dem kleinen Finger vorgenommene Untersuchung zeigt, dass der oben beschriebene Tumor mit dem Bulbus in keinem Zusammenhange steht. Das Auge selbst ist vollkommen intact. Die Tension des Bulbus normal, die ophthalmoskopische Untersuchung ergiebt bis auf minimale Ueberfüllung und Schlängelung der retinalen Venen normale Verhältnisse. Das Sehvermögen ist bei vollkommen intactem Gesichtsfelde nicht herabgesetzt. (V=<1 bei emmetropischem Bau). Nach genauer Abwägung aller durch die Untersuchung gewonnenen Daten und mit Berücksichtigung des schnellen Wachsthums der Geschwulst wurde die Diagnose auf eine jedenfalls den Sehnerven und die Augenmuskeln noch freilassende, (die vorhandene Beweglichkeitsbeschränkung des Bulbus musste als eine rein durch den Sitz des Tumors bedingte mechanische aufgefasst werden) ausserhalb des Muskeltrichters sitzende entweder vom Periost der Orbita oder vom Fettzellgewebe derselben ausgegangene bösartige Neubildung gestellt und Patientin als einzig mögliche Therapie die Exstirpation derselben, wenn möglich mit Erhaltung des Bulbus, vorgeschlagen. Patientin gab ihre Einwilligung zur Operation und am 11. März führte ich dieselbe in folgender Weise aus. Parallel dem Supraorbitalrande, und 3 Mm. unterhalb desselben wurde ein, die ganze Dicke des Lides durchsetzender 7 Ctm. langer Schnitt geführt, das sich aus der klaffenden Wunde vordrängende orbitale Fettzellgewebe wurde mit der Scheere abgetragen, worauf sich im inneren Theil der Wunde der Tumor als fester höckriger pigmentirter Körper präsentirte. Nun wurde mit Messer, Scheere und Raspatorium in die Tiefe vorgegangen, wobei sich die Neubildung als aus vielen kleinhaselnussgrossen und noch kleineren durch Bindegewebszüge mit einander zusammenhängenden Knollen bestehend auswies. Die grösseren dieser Knollen sassen dem oberen Orbitadache dicht an und waren fest mit dessen Periost verwachsen, die kleineren hatten ihren Sitz mehr gegen den Sehnerven hin und fanden sich durch den ganzen oberen Theil der Orbita bis weit nach hinten eingestreut. Um einigermassen sicher zu sein alles Krankhafte zu entfernen, musste, da im Dunklen und nur dem palpirenden Finger folgend operirt werden konnte, ein grosser Theil des orbitalen Fettzellgewebes mit entfernt werden, wobei immer wieder neue bald grössere bald kleinere pigmentirte Knoten zu Tage gefördert wurden. Um das höchst unbequeme, von festen Wandungen begrenzte Operationsfeld soviel als möglich zu vergrössern und sich Einblick in die hinteren Theile der Orbita zu verschaffen, musste der Bulbus mehrfach ganz über den unteren Rand der Orbita luxirt werden, wobei eine sehr unliebsame Zerrung des Sehnerven nicht umgangen werden konnte. Auch konnte eine häufige Berührung des Sehnerven mit dem palpirenden Finger nicht ausbleiben, ja eine solche musste oft zum Schutze des Sehnerven stattfinden und sogar für längere Zeit fortgesetzt werden. — Nach zweistündiger Operationsdauer schien, soviel man sich durch Inspection und Palpation überzeugen konnte, alles Krankhafte entfernt zu sein. Der Bulbus wurde in seine richtige Lage gebracht, die im Ganzen sehr unbedeutende Blutung durch Eis gestillt und die Schnittwunde durch tiefe und oberflächliche Suturen mit carbolisirter chinesischer Seide bis auf eine, im äusseren Theil für den Drain offen gelassene Lücke geschlossen. Nun wurde die Orbita durch die Drainöffnung mit $1^{1}/_{2}$% Carbolsäurelösung ausgespritzt und ein feuchter Borverband mit 4% Borsäurelösung angelegt. Patientin hatte 60,0 Grm. Chloroform verbraucht. Bald nach der Operation trat heftiges Erbrechen ein, welches bis zum Abend anhielt. Die Heilung erfolgte vollkommen nach Wunsch, nur am Abend des fünften Tages stieg die Temperatur auf 38,5°, im Uebrigen hielt sie sich in den Grenzen des Normalen. Am 3. Mai wurde Patientin entlassen und bot folgendes Bild dar. Das obere Lid hing unbeweglich über dem nunmehr nicht vorgetriebenen Bulbus, letzterer war in Folge des in der Orbita zu Stande gekommenen, den Bulbus fast allseitig umgebenden Narbengewebes vollkommen fixirt, erwies sich jedoch im Uebrigen intact. Das Ophthalmoskop zeigte vollkommen normale Verhältnisse, das Sehvermögen betrug bei intacten Gesichtsfeldgrenzen die Hälfte des Normalen. (V=$^{1}/_{2}$). Wurde das obere Lid passiv gehoben so traten sofort, in Folge der vollkommenen Unbeweglichkeit des Auges, *Doppelbilder* auf. In diesem Zustande befindet sich Patientin bis zur Stunde. Von einem Recidiv ist bisher (nach mehr als 2 Jahren) keine Spur und glaube ich auch, dass die Recidivlosigkeit nunmehr gesichert ist. Der Allgemeinzustand der Patientin ist sehr befriedigend, so dass sie sich vollkommen gesund fühlt.

Die nach Härtung der Neubildung in Müller'scher Flüssigkeit vorgenommene mikroskopische Untersuchung ergab melanotisches Fibro-Sarkom. Der Tumor besteht aus derben, stark geschlängelten, meist parallel angeordneten Bindegewebszügen und massenhaften, bald in kleineren bald in grösseren Haufen angeordneten kleinen runden Zellen mit deutlichen Kernen, welche in einer ganz feinen fibrillären Intercellularsubstanz eingebettet sind. Die meisten dieser Zellenformen enthalten körniges gelbbraunes Pigment. Ausser den runden Zellen finden sich auch deutliche ebenfalls stark pigmentirte Spindelzellen. Der Gefässreichthum der Geschwulst ist ein recht erheblicher.

2) Wlass Timofejew, 18 Jahre alt. Seit $1^{1}/_{2}$ Jahren will Patient ein allmähliges Hervortreten seines rechten Auges beobachten. Schmerzen sind nicht vorhanden gewesen, auch will Patient keine Abnahme der Sehkraft des erkrankten Auges bemerkt haben. In letzter Zeit sollen bei Erhebung der Blicklinie Doppelbilder aufgetreten sein. Am 13. März 1879 bot Patient folgenden Status praesens dar. Patient von kräftiger Constitution, die allgemeine Untersuchung des Körpers ergiebt nichts Abnormes. Das rechte Auge ist auf 6—7 Mm. aus der Orbita hervorgetreten, Lid-

schluss vollständig. Der Bulbus selbst zeigt bei äusserer Betrachtung keinerlei Veränderungen. Oben innen vom Bulbus, zwischen diesem und dem oberen Orbitalrande fühlt man einen Tumor von glatter Oberfläche und derb elastischer Consistenz. Bei Druck ist derselbe nicht schmerzhaft, auch wird stärkerer Druck auf den Tumor ohne von irgend welchen Gehirnsymptomen gefolgt zu sein, gut vertragen. Fluctuation der Geschwulst lässt sich nicht nachweisen, desgleichen fehlt jegliche Pulsation. Die vom Conjunctivalsacke aus mit dem Finger vorgenommene palpatorische Untersuchung, ergiebt, wie auch im vorigen Falle, dass die Neubildung mit dem Auge selbst in keinem directen Zusammenhange steht. Die Beweglichkeit des Bulbus ist entsprechend dem Sitze der Geschwulst nach oben innen behindert, woraus sich die bereits erwähnten, bei Erhebung der Blicklinie sich einstellenden Doppelbilder erklären. Die Augenspiegeluntersuchung ergab bis auf eine ganz leichte Ueberfüllung der Retinalvenen vollkommen normalen Befund. Das Sehvermögen des Auges ist vollkommen normal, desgleichen das Gesichtsfeld und die Farbenperception. Die Diagnose wurde im vorliegenden Falle in Anbetracht des recht langsamen Wachsthums der Geschwulst, ihrer Schmerzlosigkeit gegen Druck und ihrer elastischen Consistenz, mit Wahrscheinlichkeit auf eine mit dem Sehnerven nicht zusammenhängende, ausserhalb des Muskeltrichters sitzende Dermoidcyste der Orbita gestellt und dem Kranken, da er von seinem Uebel auf jeden Fall befreit sein wollte, die Exstirpation des Tumors, wenn möglich mit Erhaltung des Auges proponirt. Zu wiederholten Malen vorgenommene Probepunctionen des Tumors waren nicht im Stande die Diagnose vollständig zu sichern, jedoch waren sie wohl dazu geeignet, da bei allen Punctionen sich aus der Canüle nur etwas Blut entleerte, die Diagnose einer Dermoidcyste sehr zweifelhaft erscheinen zu lassen und den Gedanken an das Vorliegen eines soliden, stark gefässhaltigen sarkomatösen Tumors nahe zu legen.

Am 25. März, also bevor ich mich noch von der schliesslich zurückbleibenden, durch die Operation bedingten, nicht mehr zu beseitigenden Ptosis im vorigen Falle belehren lassen konnte, nahm ich die Exstirpation des Tumors in ganz derselben Weise wie im ersten Falle vor. Auch hier bahnte ich mir um ein möglichst grosses Operationsfeld zu erhalten den Weg zur Orbita von aussen her durch einen die ganze Dicke des Lides durchsetzenden Schnitt von $7^1/_2$ Ctm. Länge. Die Geschwulst erwies sich als über wallnussgross, von glatter Oberfläche und stark pigmentirt. Eine derbe Bindegewebskapsel umschloss den Tumor von allen Seiten und gelang es in Folge sehr langsamen vorsichtigen Operirens, meist mit stumpfen Instrumenten, diese Kapsel in ihrer Continuität zu erhalten. Der Tumor war mit dem Perioste des Orbitaldaches durch lockeres Bindegewebe verwachsen und füllte den grössten Theil der Orbita aus. Mit dem Sehnerven war die Neubildung nirgends in Contact getreten. Nach $1^1/_2$-stündiger Operation war es gelungen den Tumor in toto zu exstirpiren; Vernähung der Wunde, Drainirung, Verband ganz wie im ersten Falle. Die ersten 3 Tage nach der Operation verliefen ohne jede Störung, die Schnittwunde im oberen Lide schien per primam heilen zu wollen, der Bulbus bot bis auf leichte Chemose normales Verhalten, die Hornhaut war vollkommen klar und gab Patient beim Verbandwechsel an ganz gut zu sehen. Am 4. Tage nach der Operation entwickelte sich unter Temperaturerhöhung und starker Protrusion des Bulbus eine retrobulbäre Phlegmone, die trotz aller in Anwendung gezogenen Mittel das Auge zu Grunde richtete, so dass Patient mit phthisischem Bulbus entlassen werden musste. Die Schnittwunde im oberen Lide war glatt lineär verheilt. — Die unterdessen vorgenommene mikroskopische Untersuchung der in Müller'scher Flüssigkeit gehärteten Geschwulst ergab ein sehr gefässreiches, stark pigmentirtes Fibro-Sarkom, welches wohl aller Wahrscheinlichkeit nach vom orbitalen Fettzellgewebe ausgegangen war.

Eilf und einen halben Monat nach der Operation sah ich Patienten zum letzten Mal. Von einem Recidiv in loco war keine Spur nachzuweisen, das Allgemeinbefinden vollkommen ungetrübt. Mit einem künstlichen Auge entliess ich Patienten und habe ihn seitdem leider nicht wieder gesehen.

So wenig erfreulich der operative Effect in den beiden von mir mitgetheilten Fällen war, so befriedigend muss der durch die Operation gesetzte therapeutische Erfolg genannt werden Nach Berlin sind bisher nur zwei Fälle bekannt geworden, in denen Recidive nach Exstirpation melanotischer Tumoren der Orbita ausgeblieben sind; und auch von diesen zwei Fällen ist nur der eine von Stöber mitgetheilte, in dem die Recidivlosigkeit für die Zeit von 5 Jahren constatirt ist, vollkommen zweifellos. In dem zweiten von Giraldès beschriebenen Falle ist die sich nur auf 5 Monate erstreckende Beobachtungsdauer eine zu kurze, um daraus eine Radicalheilung des Kranken mit Sicherheit entnehmen zu können.

Referate.

E. Ehrendorfer: Mittheilungen über Keilexcisionen aus verschiedenen Knochen. (Wien. med. W. №№ 14—16.)

Mit einer reichen Literaturrundschau beginnend, theilt Verf. aus der Billroth'schen Klinik 5 verschiedene Fälle von Keilexcision mit, die recht günstig verlaufen und fasst schliesslich die Erfahrungen über diese Operation in folgender Weise zusammen:

1) Bei Pes equinovarus wird in den meisten Fällen bei jugendlichen Individuen ein mehrmaliges Redressement genügen, nur bei älteren Individuen und ganz hochgradiger Supination des Fusses wird die Keilexcision innerhalb desselben indicirt, wenn das Redressement ohne Erfolg. Als Hautschnitt ist der Querschnitt über den Fussrücken empfehlenswerth. Die Basis des zu entfernenden Keiles hat am Scheitel des Abknickungswinkels im Vorfusse und zwar nach aussen und oben zu liegen.

2) Wenn bei einem hochgradigen Pes equinus Anchylose im Sprunggelenk vorhanden ist, so wird die keilförmige Excision in der Tibia die geeignetste Operation sein.

3) Bei in Beugestellung knöchern anchylosirtem Kniegelenk wäre bei erwachsenen Individuen die Keilexcision innerhalb der Gelenkenden, bei wachsenden Individuen oberhalb der Epiphyse des Femur, um die Wachsthumsfähigkeit der Extremität nicht zu beeinträchtigen, vorzunehmen. Dabei ist der zu entfernende Keil anfangs lieber etwas zu klein als zu gross herauszusägen.

4) Bei der Gefahrlosigkeit des Verfahrens kann es auch in allen denjenigen Fällen angewandt werden, in welchen durch orthopädische Behandlung kein vollkommen günstiges Resultat zu erzielen ist.

P.

Jewsejenko: Priapismus durch eine Operation zur Heilung gebracht. (Wratsch. № 11.)

Ein junger Mann von 18 Jahren wandte sich an den Verf. wegen einer äusserst quälenden Reizbarkeit des Penis, bei geringen Berührungen trat lange andauernde Erection ein. Pat. war Onanist und hatte eine chronische Urethritis, die vielfach behandelt worden war.

Bei der Untersuchung erwies sich in der Fossa navicularis ein kleinerbsengrosser gestielter Tumor, nach dessen Abscision die Erectionen sofort nachliessen und die Erregbarkeit schwand. P.

Prof. Dr. Lambl: (Warschau.) Ein seltener Fall von Hydramnios. (Centralbl. für Gynäkolog. № 14. 1881.)

Verf. erzählt folgenden interessanten Fall, der wohl als ein Unicum dastehen dürfte.

Eine jüdische Frau erkrankte in Folge einer Erkältung an Seitenstichen im rechten Hypochondrium, wogegen ein heisses Bad und Schröpfköpfe angewandt wurden, doch verschlimmerte sich der Zustand danach bedeutend, so dass L. hinzugezogen wurde. Die Frau glaubte im 4. oder 5. Monat schwanger zu sein, klagte über Kurzathmigkeit, Brustbeklemmung und beständigen Schmerz im rechten Hypochondrium. Der Leib enorm ausgedehnt, misst vom Proc. xiph. bis zur Symphyse 56 Ctm., vom Nabel bis eben dahin 29—30 Ctm., die Bauchdecken stark gespannt, ohne Oedem; undeutliche Fluctuation, tympanitischer Percussionsschall blos im Epigastrium in einer Ausdehnung von 6—8 Ctm., und tief in den reg. lumbales; Nabel verstrichen, nur an den Füssen ein leichtes Oedem. — Muttermund hoch, stark nach hinten gerichtet, nicht klaffend; Scheidengewölbe trichterförmig, Harnblase leer, nach oben spitz konisch ausgezogen, Mastdarm leer. Kein Fieber, P. 86, kein Appetitmangel, Harnsecretion gering, kein Eiweiss, Lungen und Herz normal, Diaphragma reicht bis zur 5. Rippe; keine abendlichen Verschlimmerungen. — Die Diagnose schwankte zwischen Ascites acutus, doppelseitigem Cystoovarium und Hydramnios, und konnte auch trotz der durch 2 Tage fortgesetzten Beobachtung nicht sicher festgestellt werden, da gegen jede Annahme verschiedene Gründe sprachen. Die Beschwerden stiegen aber rasch zu einer solchen Höhe an, dass Pat. um jeden Preis von denselben befreit zu werden verlangte, und die Punction in der linken Seite, etwa in gleicher Höhe mit dem Nabel vorgenommen wurde. Es entleerten sich ca. 15 Pfd. heller blassgelber Flüssigkeit, die in mächtigem Strahle durch die Canüle hervorstürzte und gleichmässig stark abfloss bis der Strahl ganz plötzlich unterbrochen wurde, wie wenn die Canüle durch ein Ventil verschlossen worden wäre. Danach sichtliche Erleichterung, Verflachung des Unterleibes in der linken Seite, wo man nun eine härtliche, flach-rundliche Erhabenheit durchfühlen konnte. Die rechte Seite des Leibes war dagegen ebenso stark convex und gespannt wie früher. Wegen steigender Beschwerden musste die Punction 3 Tage später auf der rechten Seite wiederholt werden. Wieder stürzte die Flüssigkeit in starkem Strahle hervor, der plötzlich abbrach nachdem über 20 Pfd. entleert worden. Danach vollkommene Erleichterung, freies Athmen, Pat. ist ganz zufriedengestellt. Die jetzt leicht mögliche Untersuchung lässt deutlich den vergrösserten Uterus erkennen, dessen Fundus 2 Querfinger breit unter dem Nabel steht. Etwa 38 Stunden später erfolgte die Ausstossung von *Zwillingen*, der eine dunkelroth von Farbe, faul, mit in Fetzen sich ablösender Epidermis, der andere bleich, leicht macerirt. Das Puerperium verlief vollständig normal. Eine 8 Wochen später vorgenommene Untersuchung ergab die Abwesenheit jeder Anomalie, die Ascites hätte bedingen können; auch die Nierenfunction war ganz normal und an den Ovarien durchaus nicht Krankhaftes nachzuweisen. Auf die, an die Krankengeschichte sich schliessende genaue Analyse des Falles näher einzugehen, müssen wir uns aus Mangel an Raum leider versagen, denn in kurzen Worten lässt sich dieselbe nicht wiedergeben. Was die Rechtfertigung der Diagnose: «doppelter Hydramnios» betrifft, so glauben wir dieselbe hier ebenfalls übergehen zu dürfen da sie sich uns schon aus der Krankengeschichte mit Nothwendigkeit zu ergeben scheint; etwaige Zweifler an derselben verweisen wir auf das Original. —t.—

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Prof. Leuckart: Die Parasiten des Menschen. I. Band, 2. Lieferung. II. Auflage. Leipzig und Heidelberg. C. F. Winter'sche Verlagshandlung. 1881. Seite 337—856.

Das bereits allgemein geschätzte, klassische Werk Leuckart's über die Parasiten des Menschen und die von ihnen herrührenden Krankheiten erscheint gegenwärtig in II. Auflage und liegt uns die 2. Lieferung des I. Bandes vor.

Dieselbe ist uns vom Verleger mit der Bitte zugesandt eine Besprechung derselben in unserem Blatte zu veröffentlichen. Wir können nur sagen, das Werk ist als so vorzüglich bekannt, dass es weiter keiner Empfehlung bedarf. Wenn wir uns hier auf eine nähere Besprechung desselben nicht einlassen, so bitten wir unsere Leser das nicht uns sondern dem Herrn Verleger zur Last zu legen, der wohl so freundlich war, die zweite Lieferung des Buches uns zu zuschicken, die erste uns aber nicht hat zukommen lassen. Dass unter solchen Umständen eine eingehendere Würdigung des Buches unthunlich ist, wird wohl Jedermann zugeben. P.

Russische medicinische Literatur.

№ 229. **Wratsch.** № 38.

Inhalt: a) S. Molodenkow und P. Minin: Ein Fall von partieller Resection des Dünndarms.
b) J. Ssyromjatnikow: Ueber fehlerhafte Drehung der Schultern und des Kopfes bei Schädellagen der Frucht. (Schluss.)
c) G. Karrik: Ueber Kumyss. (Schluss.)
d) B. Oks: Die epidemische Cerebrospinal-Meningitis in Russland im Jahre 1880.
e) J. Margolin: Ueber Jodoform. (Aus der Klinik des Prof. Billroth in Wien).
f) Geschichte der Entwickelung des Milzbrandes im Kreise Borowitschi.

№ 230. **Wratschebnija Wedomosti.** № 36.

Inhalt: a) Ueber Zwangsvorstellungen. (Aus der psychiatr. Abtheilung des Prof. Kowalewski in Charkow.)
b) E. Wetschtomow: Eine Anomalie im Bau des menschlichen Auges.
c) Tschukajew: Zur Casuistik der Bauchwunden.
d) Ein Fall von bedeutender Unempfindlichkeit gegen Atropin.

№ 231. **Klinitscheskaja Gaseta** № 25.

Inhalt: a) F. Treskin: Bemerkung über die Pirogow'sche Operation, veranlasst durch zwei Fälle, in welchen dieselbe mit günstigem Ausgange ausgeführt wurde. (Schluss.)
b) M. Perfiljew: Vulnus sclopetarium thoracis.
c) N. Demjankow: Zur Lehre von der Urämie. (Aus der Klinik des Prof. Botkin.)
d) N. Kaschkarow: Ein Fall von Trichinose in Rjasan.
e) A. Pawlowski: Ein Fall von rascher Entwickelung einer hochgradigen rareficirenden Knochenentzündung.
f) P. Butjagin: Bemerkung über die Rotzkrankheit.

№ 232. **Wojenno-Sanitarnoje Djelo** № 21.

Inhalt: a) N. Goldenberg: Ueber Conserven für die Kriegszeit.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Prager medicinische Wochenschrift № 35 und 36.
— La gaceta de sanidad militar № 161.
— Revista medica de Chile № 1.
— Ueber Lungensyphilis von Dr. F. W. T. Pancritius. — Aug. Hirschwald. — Berlin 1881.
— Ueber Scoliosenverbände von Prof. v. Bergmann. (Sep.-Abdr. aus dem Sitzungsber. der Würzburger phys.-med. Gesellschaft 1881.)
— Ueber Behandlung des angeborenen Klumpfusses von Prof. v. Bergmann. (Sep.-Abdr. aus d. Sitzungsber. d. Würzburger phys-med. Ges. 1881.)
— Untersuchungen über Erysipel von Dr. Fehleisen. (Sep.-Abdr. aus d. Sitzgsber. d. Würzb. phys.-med. Ges. 1881.)
— Paris médical № 37.
— Importance of the early recognition of epilepsy by E. C. Seguin. (Sep.-Abdr. aus Med. Record, Aug. 6 u. 23. 1881.)
— A second contribution to the study of localized cerebral lesions by E. C. Seguin. (Sep.-Abdr. aus Journ. of nervous and mental diseases № 3, 1881.)
— Gazeta medica de Bahia № 10—12, № 1.

Die 54. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Salzburg.

II.

Die zweite allgemeine Sitzung der Naturforscher-Versammlung fand am 21. September statt und wurde von dem ersten Geschäftsführer Dr. Güntner gegen 9 Uhr Morgens eröffnet. Das Wort erhielt zunächst der Geh. Hofrath Weismann aus Freiburg i. B. zu einem mit allgemeinem Beifall aufgenommenen Vortrage „*über die Dauer des Lebens*", in welchem er in geistvoller und anziehender Weise die Verhältnisse der Lebensdauer der Thiere mit Bezug auf ihre Grösse, Umfang und Gewicht, sowie die darüber geltenden Theorien der Naturforscher besprach und eine Statistik über das Lebensalter der Thiere — von den fast ewig lebenden Sumpfthieren und den bis 140 Jahre lebenden Elephanten, bis zu den Alltagsfliegen — gab. Nach Beendigung dieses Vortrages wurden einige geschäftliche Fragen erledigt.

Zunächst theilte der Vorsitzende mit, dass die militärärztliche Section den Antrag gestellt habe, an die Kaiserin *Augusta von Deutschland* als Protectorin der Gesellschaft des rothen Kreuzes und im Hinblick auf deren ausserordentliche Verdienste um das Militär-Sanitätswesen anlässlich ihrer Genesung von schwerer Krankheit eine telegraphische Beglückwünschung zu richten. Dieser Antrag wurde einstimmig angenommen und die Geschäftsführung mit der Absendung des Telegramms betraut. Als zweiter Gegenstand war die Wahl des nächstjährigen Versammlungsortes auf der Tagesordnung. Prof. Bardeleben (Jena) befürwortete die Annahme der Einladung des Oberbürgermeisters von Eisenach, indem er hervorhob, dass die Naturforscherversammlung seit Längerem in Orten an der Peripherie Deutschlands getagt habe und es daher an der Zeit sei, auch wieder einmal Mitteldeutschland zu berücksichtigen. Eisenach mit der Wartburg in der Nähe, wo zuerst die Idee der Wiedererweckung des deutschen Reiches ausgesprochen wurde, besitze einen passenden Versammlungsraum, ein Gymnasium, ein Realgymnasium und eine Forstacademie und sei eine blühende Mittelstadt in reizender Gegend. Es wurde darauf beschlossen, die nächste

Versammlung in Eisenach abzuhalten und der Oberamtsphysikus Medicinalrath Dr. Matthes in Eisenach zum ersten Geschäftsführer und Dr. Wedemann ebendaselbst zum zweiten Geschäftsführer der nächsten Naturforscherversammlung ernannt.

Ueber einen von Prof. Quincke (Kiel) und Dr. Wasserfuhr (Strassburg) eingebrachten Antrag, in Zukunft die Dauer der Naturforscherversammlung auf 4 Tage abzukürzen und die Zahl der Sectionen (23) möglichst herabzusetzen, wurde nach längerer Debatte zur Tagesordnung übergegangen.

Den Schluss dieser Sitzung bildete ein Vortrag von Prof. Meynert (Wien) «*über die Gesetzmässigkeit des menschlichen Denkens und Handelns*», der leider nicht die verdiente Würdigung fand, da er zu wenig für ein gemischtes Publicum berechnet war.

Die dritte allgemeine Sitzung eröffnete der erste Geschäftsführer mit der Mittheilung, dass von der *Kaiserin Augusta* ein Antworts-Telegramm eingelaufen sei, in welchem die Kaiserin ihren herzlichen Dank der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte für den übermittelten Glückwunsch ausspricht. Sodann erhielt der Regierungsrath Dr. v. Oppolzer (Wien) das Wort zu einem Vortrage: «Ist das Newton'sche Attractionsgesetz zur Erklärung der Bewegungen der Himmelskörper ausreichend und hat man Veranlassung, dasselbe nur als Näherungsausdruck zu bezeichnen». Das Thema verlangte zum Verständniss speciell astronomische Vorkenntnisse, passte daher nicht in eine allgemeine Sitzung. Den letzten Vortrag hielt Obermedicinalrath Kerschensteiner (München): *Zum Gedächtnisse an Theophrastus Paracelsus an dessen 340. Todestage*». Paracelsus sei sowohl von Zeitgenossen als auch von späteren Historiographen in seinen persönlichen Eigenschaften, wie auch in Bezug auf seine geistige Richtung und das System seiner Wissenschaft arg angegriffen und verleumdet worden. Das höchste darin habe Zimmermann geleistet, der geradezu sagt, Paracelsus habe wie ein Schwein gelebt, unmoralisch, weiberfeindlich, alle seine Schriften seien in der Trunkenheit geschrieben u. s. w. Redner fühle sich daher verpflichtet, an der Grabstätte des grossen Gelehrten gegen diese Anklagen aufzutreten und die Ehrenrettung desselben zu übernehmen. K. giebt nun eine Biographie des Paracelsus (geb. 1493 zu Maria-Einsiedel in der Schweiz), weist, indem er alle Lebensphasen desselben durchgeht, alle Anschuldigungen gegen Paracelsus zurück und schliesst mit der Aufforderung: Die Naturforscherversammlung möge beschliessen, am Sterbetage des Paracelsus einen Kranz auf dessen Grab niederzulegen — was einstimmig angenommen ward.

Nach den üblichen Abschiedsreden, in welchen Dr. Abegg (Danzig) den Geschäftsführern den Dank aussprach und mit einem Hoch auf den Kaiser erklärte der 1. Geschäftsführer Dr. Güntner die 54. Versammlung der Naturforscher und Aerzte für geschlossen.

Was die Sectionssitzungen anbelangt, so ist fleissig in ihnen gearbeitet worden. Vor Allem zeichnete sich die Section für pathologische Anatomie durch die Reichhaltigkeit der Vorträge aus, an denen Männer wie Klebs, Zenker, Ziegler, Chiari und A. sich betheiligten. In dieser Section hat auch unser Landsmann, der Privatdocent der hiesigen medicinischen Academie Dr. Loesch, einen Vortrag «über die nach Einwirkung abnormer Reize in der Magenschleimhaut eintretenden pathologisch-anatomischen Veränderungen» gehalten. Auch die anderen Sectionen haben tüchtig gearbeitet und Namen von gutem Klange aufzuweisen, so die gynäkologische Repräsentanten wie Schroeder, Martin, Kaltenbach, Zweifel etc., die Section für intere Medicin Seitz, Bäumler, Quinke, Mosler etc., die chirurgische Albert, Bardeleben, Schwalbe, Richter, Schinzinger etc. Aus den Vorträgen in der chirurgischen Section wollen wir eine interessante Mittheilung von Dr. Hans Schmidt- Berlin über partielle Resection der Lungen hervorheben. Sch. machte die Excision eines Theiles des Lungenparenchyms, resp. der Resection einer Lungenspitze an Hunden 8 Mal. 3 Mal wurde die Operation überstanden; 5 Hunde starben und zwar 1 an Carbolsäure-Vergiftung, 4 an eitriger Pleuritis. Auf Grund dieser Resultate und der dabei gewonnenen Erfahrungen und einer Anzahl an menschlichen Leichen gemachter gleicher Versuche, glaubt Sch. dass die Verhältnisse bei der gesunden menschlichen Lunge die gleichen für die Operation sind wie beim Hunde und dass die technischen Schwierigkeiten, sich die Lungen zur Operation zugänglich zu machen, zu überwinden sind und auch die Blutung dabei zu beherrschen ist. Er stellt es späteren Versuchen anheim, ob die Operation eine Verwerthung finden dürfte bei destructiven Erkrankungen der Lunge, Cavernenbildung in der Spitze u. s. w. Die Beschreibung des Operationsverfahrens wird in nächster Zeit ausführlich erscheinen.

Zum Schluss lassen wir den von Prof. Pettenkofer in der ersten allg. Sitzung gehaltenen Vortrag in seinem Wortlaut folgen.

Ueber den Boden und seinen Zusammenhang mit der Gesundheit des Menschen.

«Wenn ich mir vorgenommen habe, vor dieser hochansehnlichen Versammlung über den Boden und seine Beziehung zu unserer Gesundheit zu sprechen, so bin ich mir vollkommen bewusst, dass ich kein neues medicinisches Thema gewählt habe; es ist ihm Gegentheil uralt — schon Hippokrates hat vor ein paar tausend Jahren über Luft, Wasser und Boden in gesundheitlicher Beziehung geschrieben — aber es giebt alte Gegenstände, welche stets neuen Reiz gewähren und in jedem neuen Lichte jung erscheinen, und zu diesen ewig jungen alten Gegenständen gehört auch der Boden, auf dem wir stehen und wohnen, auf dem wir geboren sind und in dem wir wieder begraben werden. Seit die Menschheit den Begriff Gesundheit erfasst hat, wurden der Oertlichkeit einflussreiche Eigenschaften zugeschrieben, man hat aber den Sitz dessen, was krank und gesund macht, mehr in Luft und Wasser und weniger im Boden des Ortes angenommen, so lange man sich vorstellen konnte, dass ein Ort seine eigene Luft und sein eigenes Wasser haben könne, welche wir direct geniessen, indem wir sie athmen und trinken, während man vom Boden unabhängiger zu sein glaubte, auf den man nur tritt. Die Luft eines Ortes, selbst in engen Schluchten, ist aber in fortwährender Bewegung. Die durchschnittliche Geschwindigkeit der Atmosphäre an der Erdoberfläche beträgt drei Meter in der Secunde, und wenn sie an einem Orte Eigenschaften hat oder Stoffe enthält, welche an benachbarten Orten sich nicht bemerkbar machen, so können dieselben nicht aus der Luft stammen, sondern sie müssen von der Oertlichkeit abgeleitet werden, aus welcher sie sich der Luft mittheilen, um dann wieder aus ihr zu verschwinden.

Aehnlich ist es auch beim Wasser. Alles Wasser fällt vom Himmel und ist überall fast gleich zusammengesetzt. Erst wenn es in den Boden eindringt und durch ihn weiter zieht, verändert es sich durch Aufnahme von Stoffen, welche der Oertlichkeit entstammen, durch die es läuft. Aber auch im Wasser verschwinden für uns örtliche Beimengungen, nur in dem Grade langsamer und weniger, als das Wasser im Boden in geringerer Menge vorhanden ist und sich langsamer bewegt, als die Luft. Brunner und Emerich haben das Wasser der Isar vom Gebirge an bis zur Mündung in die Donau an demselben Tage an vielen Stellen geschöpft und es überall gleich zusammengesetzt gefunden.

Was kommt nicht Alles in die Elbe, bis sie von Böhmen bis in das Meer fliesst und doch ist filtrirtes Elbwasser in Hamburg und in Altona noch als reines Trinkwasser anerkannt.

Der Fluss Trent in England nimmt in seinem Laufe, ehe er Nottingham erreicht, das Canalwasser von zwei Millionen Menschen die an seinen Ufern wohnen, auf, welches mindestens zwei Millionen Liter täglich beträgt, und doch ist bei dieser Stadt sein Wasser klar, wohlschmeckend und chemisch frei von all den schädlichen Bestandtheilen, welche durch diese enorme Menge Schmutzwasser hereingebracht werden.

In Paris ergoss unterhalb der Brücke von Asnières der Sammelcanal von Clichy einen beträchtlichen Strom schwärzlichen Wassers in die ruhig fliessende Seine, welche dadurch so verunreinigt wurde, dass kein Wesen, weder Fisch noch Pflanze, mehr darin leben konnte — und doch ist einige Meilen unterhalb Paris, bei Meulan, jede Spur der Verunreinigung wieder verschwunden.

Wenn also Luft oder Wasser irgendwo verdorben werden, so geht die Verderbniss nicht von der Zersetzung dieser beiden Lebenselemente aus, sondern vom Orte selbst, und sie reinigen sich bald wieder. Am längsten und zähesten haftet eine Verunreinigung am Boden, der keinen Ortswechsel hat. Wenn man früher den hygienischen Werth der Luft an erste Stelle, den des Wassers an zweite, den des Bodens an dritte Stelle setzte, so darf man gegenwärtig die Reihenfolge wohl umkehren.

Der Einfluss des Bodens auf die Gesundheit der darauf Lebenden tritt am deutlichsten beim Herrschen einiger epidemischen Krankheiten hervor. Bei dem Vorkommen der Cholera selbst auf hoher See auf Auswandererschiffen und auf Kriegsschiffen, wo man denken sollte, dass da von einem Bodeneinflusse absolut keine Rede mehr sein könnte, macht sich derselbe oft in der auffallendsten Weise kenntlich, indem nur Personen, welche von gewissen Oertlichkeiten kommend eingeschifft wurden, von der Krankheit ergriffen werden. An sich müssen die das Meer befahrenden Schiffe als für Cholera unzugängliche Orte betrachtet werden, weil in der Regel die auf sie gebrachte Krankheit erlischt, weshalb es auch in der seemännischen Praxis als beste prophylaktische Maassregel gilt, in See zu gehen, die Kranken mitzunehmen und allen Verkehr der Mannschaft mit dem inficirten Hafen oder Ufer zu unterbrechen.

Nicht minder deutlich sprechen für den maassgebenden Einfluss des Bodens die für Cholera immunen Gegenden und Orte auf dem Lande. Lyon zum Beispiel hat seit dem Erscheinen der Cholera in Europa zu Wasser und zu Lande stets den lebhaftesten Verkehr mit von Cholera inficirten Nachbarstädten ungestraft unterhalten. So oft schon in Paris und Marseille Cholera-Epidemien waren, in Lyon, welches gerade zwischen diesen beiden Infectionsherden liegt, konnte die Krankheit noch nie epidemisch Fuss fassen trotz vieler eingeschleppter Fälle, selbst nicht im Jahre 1849, wo sich die Stadt empört hatte, von mit Cholera inficirten Regimentern belagert, erobert und besetzt wurde, ohne dass trotz Aufruhr, Noth und Elend aller Art die niedergeschlagene Civilbevölkerung von Cholera ergriffen worden wäre.

Die Immunität von Lyon ist gegenwärtig eine in Frankreich anerkannte Thatsache, und die Stadt geniesst von diesem gütigen Geschenk des Himmels auch nicht unbeträchtliche materielle Vortheile, insofern die reichen Leute von Paris und Marseille, so oft in ihrer Heimath die Cholera ausbricht, schaarenweise nach Lyon ziehen und die Gastfreundschaft der Lyoner gerne theuer bezahlen. Als Ursache dieses auffallenden Glückes konnte man weder ausserordentliche Reinlichkeit, noch besondere Wohlhabenheit des zahlreichen Proletariates, noch vortreffliches Trinkwasser geltend machen, da Lyon erst seit 1859 mit filtrirtem Rhonewasser versorgt wird; man berie

sich daher auf die Luft, deren Bewegung in Folge der Vereinigung der beiden grossen Ströme so lebhaft sei, dass sie das importirte Choleragift nicht aufkommen lasse. Allein aus den meteorologischen Beobachtungen ergiebt sich nicht der geringste Unterschied zu Gunsten von Lyon. Das Plateau von Languedoc, über welches oft die Mistralstürme fahren, welche Dächer abdecken, Bäume entwurzeln und im Hafen von Marseille Schiffe zerschlagen, wird nicht selten von schweren Epidemien heimgesucht. Spätere Untersuchungen haben ergeben, dass die Immunität von Lyon nur durch seine Bodenverhältnisse erklärt werden könne, wie die vieler anderer Orte. Die schöne Stadt Salzburg, welche gegenwärtig die Versammlung der Naturforscher und Aerzte so gastfreundlich beherbergt, gehört auch zu den glücklichen Städten, welche bisher von Cholera-Epidemie verschont geblieben sind, trotzdem sie oft Flüchtlinge aus Oesterreich und Baiern beherbergen musste. Nur im Winter 1873/74, wo die Cholera in der Gefangenenanstalt Laufen heftig wüthete, stellten sich auch in Salzburg Zeichen ein, dass wenigstens einzelne Stadttheile nicht absolut und jederzeit gegen Cholera gefeit seien, ähnlich wie auch Lyon einmal im Jahre 1854 erfahren musste, dass nicht die ganze Stadt unempfänglich sei, wenngleich die Lyoner sich das nicht gerne sagen lassen.

Eine grosse Reihe von Belegen für den Einfluss der Oertlichkeit und namentlich des Bodens enthalten auch die Berichte der Cholera-Commission für das deutsche Reich, unter denen ich namentlich auf die Verbreitung der Cholera in Sachsen von Günther und im Regierungsbezirke Oppeln von Pistor hinweisen möchte.

Fragen wir nun: Was mag das sein im Boden, was eine so mächtige Wirkung auf unsere Gesundheit im guten und bösen Sinne ausüben kann? Man vernimmt gegenwärtig von den verschiedensten Seiten die gleiche Antwort: Aller Wahrscheinlichkeit nach sind es kleinste Organismen, von denen viele Millionen von Individuen erst den Umfang des kleinsten Stecknadelkopfes oder ein Milligramm Gewicht haben, welche den porösen Boden bis in grosse Tiefen hinab bewohnen. Ihre dem gewöhnlichen Auge unsichtbare Gegenwart erinnert an den alten Glauben an unsichtbare Geister, welche zeitweise aus der Erde steigend, in Luft und Wasser weben und manche Orte so unheimlich machen.

Nägeli nennt einen Boden, welcher Epidemien hervorruft oder begünstigt, sehr bezeichnend einen siechhaften und sein Gegentheil einen siechfreien, doch sind die niedrigen Organismen in beiden überall und immer vorhanden. Wenn sie sich nun einmal schädlich, das andere Mal unschädlich erweisen, so zwingt das zu der Annahme, dass es verschiedene Arten gebe oder dass dieselben unter wechselnden Umständen verschiedene Eigenschaften annehmen. In jedem Falle ist das Medium, in dem sie leben, von grösstem Einflusse, und soweit dieses Medium der Boden ist, hat sich nicht nur die Landwirthschaft, sondern auch die Gesundheitswirthschaft mit Studium des Bodens zu beschäftigen. Es ist dieses schon geschehen, ehe man von Spaltpilzen als Ursache der Infectionskrankheit sprach; man vermochte auch bereits, ohne die nähern Ursachen zu kennen, einen siechhaften Boden mehr oder weniger siechfrei zu machen, wie aus der Sanirung vieler Malariaböden hervorgeht. Tommasi-Cendeli hat erst kürzlich die alte Drainage der römischen Hügel studirt, die in den Stürmen der Völkerwanderung in Vergessenheit gerieth und jetzt erst von dem Archäologen de Tucci wieder entdeckt werden musste.

Es ist eine alte Erfahrung, dass auf Alluvialboden, im angeschwemmten Lande gewisse Infections-Krankheiten ihre Lieblingssitze haben. Der Alluvialboden ist chemisch und geognostisch gar nicht verschieden von den Gebirgsmassen, aus deren Zertrümmerung er entstanden ist, nur ist er poröser, so dass in seinen Zwischenräumen Luft, Wasser und organische Stoffe Platz finden. Es giebt auch poröse Felsarten, und diese verhalten sich nicht anders wie Alluvialboden, wie die Cholera-Epidemien auf Malta beweisen. Im gewöhnlichen Leben hat man kaum eine Vorstellung von der Porosität des Bodens. Schwere, thurmhohe Gebäude stehen auf einem Grunde, welcher zum dritten Theile seines Volumens mit Luft erfüllt ist. Die Untersuchungen über Grundluft haben erst begonnen, uns aber doch schon durch einige unerwartete Ergebnisse überrascht. Ihr hoher Kohlensäuregehalt, welchem auch unsere Quellen und Brunnen ihre Kohlensäure verdanken, unterscheidet sie von der über dem Boden dahinwehenden Luft. Dass diese Kohlensäure grösstentheils aus dem unterirdischen organischen Stoffwechsel stammt, ergiebt sich aus den Untersuchungen von Fleck, Fodor, Wolffhügel, Möller, Wollny und Anderen, welche den Sauerstoffgehalt der Grundluft um das niedriger fanden, um was der kohlensaure Gehalt der Grundluft höher war, als der der freien Luft. Das auch die Luft im Boden nicht stagnirt, kann nicht blos aus physikalischen Gesetzen gefolgert, sondern durch Versuche dargethan werden. Renk beobachtete, dass die Luft den grössten Theil des Jahres aus dem Boden in die Häuser strömt, und in dieser Grundluft haben andere Forscher entwicklungsfähige Pilzkeime nachgewiesen.

Es ist demnach leicht einzusehen, wie der Boden, auch ohne dass wir ihn essen, auf unsere Gesundheit wirken kann, und warum gerade manche Häuser von gewissen Zuständen im Boden so auffallend zu leiden haben, namentlich wenn sie schlecht gelüftet sind. Die Luftbewegung in einem geschlossenen Hause ist um das Vieltausendfache geringer als im Freien, und die eindringende Grundluft wird viel weniger verdünnt. Im Winter und in vielen Sommernächten, wo die Luft in unseren Häusern wärmer ist, als die Aussenluft, wirken die Häuser wie Zugkamine und saugen die Luft aus dem Boden wie aufgesetzte Schröpfköpfe. Ober-Stabsarzt Dr. Port betrachtet daher mit Recht als die erste hygienische Rücksicht, als die oberste prophylaktische Maassregel gegen gewisse Infections-Krankheiten eine geeignete Behandlung des Bodens, durch welche das Aufsteigen der Grundluft hintangehalten wird.

Eine ebenso wichtige Rolle wie die Luft spielt das Wasser im Boden. Ohne Wasser ist bekanntlich kein organisches Leben denkbar, bestehen ja wir selbst aus nahezu drei Viertheilen aus Wasser. Es sind namentlich zwei Feuchtigkeitsgrade zu unterscheiden, einer, in welchem Luft und Wasser sich in den Besitz der Poren theilen, man spricht von Bodenfeuchtigkeit, und einer, in welchem alle Luft vom Wasser verdrängt ist, es ist Grundwasser vorhanden.

Die Coincidenz des Grundwasserstandes mit der Frequenz des Typhoids in München ist eine seit 1856 ununterbrochen fortlaufende Thatsache in dem Sinne, dass bei einem über das Mittel erhöhten Grundwasserstande weniger Typhusfälle vorkommen, und umgekehrt; das Gleiche hat Virchow für Berlin constatirt. Dass nicht der Grundwasserstand an und für sich, sondern die von ihm abhängigen Processe in den oberen Erdschichten die Ursache sind, spricht sich durch zwei Thatsachen deutlich aus: erstlich darin, dass es Typhusorte gibt, die wohl porösen Boden, aber keine Grundwasser haben, und darin, dass der künstlich veränderte Grundwasserspiegel ohne Einfluss auf die Typhusfrequenz ist.

Aenlich wie der Typhus bei uns, bewegt sich in ihrer ständigen Heimath, in Indien, im Delta des Ganges und Bramaputra, jährlich auch die Cholera umgekehrt mit der Regenmenge, mit der Durchfeuchtung des Bodens durch die Monsuns, wie aus den Nachweisen von Macpherson, Lewis und Cunnigham hervorgeht. Dasselbe Verhalten zeigt die Cholera auch bei uns, wie durch die merkwürdige Zweitheilung der Cholera-Epidemie 1873/74 in München belegt wird.

Wenn in einem Orte Typhus oder Cholera herrscht, so streitet man oft darüber, ob der epidemische Einfluss vom Wasser oder von der Luft herrühre. Es ist ja möglich, dass ein seuchhafter Boden seine Schädlichkeit sowohl an das Wasser wie an die Luft abgiebt, es ist aber auch denkbar, dass gewissen Stoffen und Organismen nur Ein Weg freisteht, worüber nur die Beobachtung und das Experiment entscheiden kann. Von dem Malariapilze behaupten Klebs und Tommasi, dass er ohne Luft nicht leben kann.

Bei den Infections-Krankheiten, von welchen man den specifischen Keim noch nicht kennt, muss man sich von anderen Thatsachen leiten lassen. Den Typhus- und Cholerakeim kennen wir vorläufig nur aus seinen Wirkungen. Da nun sehr viele Fälle bekannt sind, dass Epidemien verlaufen, ohne dass eine Betheiligung des örtlichen Wassers dabei angenommen werden konnte, so darf man wohl die Infection vom Boden aus durch die Luft annehmen. Ich will damit über die Trinkwasser-Theorie nicht endgiltig den Stab brechen, sondern nur aufmerksam machen, dass es ihr an zwingenden Beweisen noch mangelt. Mein Unglauben hält mich aber inzwischen nicht ab, reines und reichliches Wasser für alle menschlichen Wohnorte zu verlangen, denn wir brauchen es nicht nur als Mittel gegen Typhus und Cholera, sondern jeden Tag für Gesunde und Kranke. Es ist nicht blos ein Reinigungs- und Nahrungsmittel, es soll uns auch ein Genussmittel sein, mindestens von demselben hygienischen Werthe wie ein gutes Glas Bier oder Wein.

Die Pilzforschung hat gelehrt, dass für gewisse Spaltpilze oder für gewisse Eigenschaften derselben bestimmte Nährlösungen und Concentrationen derselben wesentlich sind, dass sie ohne dieselben wenig oder gar nicht gedeihen. Eine Nährlösung kann alle nothwendigen Bestandtheile enthalten, aber zu verdünnt oder zu concentrirt sein. Wir dürfen alle der Fäulniss und Verwesung fähigen Substanzen, die Abfälle des menschlichen Haushaltes, die Schmutzwässer als Nährlösungen für niedrige Organismen betrachten. Da könnte man nun denken — und Aehnliches wurde schon gedacht und ausgesprochen — der Schmutz sei keine Gefahr für unsere Gesundheit, wenn er nur recht concentrirt sei. Man hat darauf hingewiesen, dass der Schmutz auf dem Lande, wohin der Städter ja zu seiner Erholung und Kräftigung geht, viel grösser sei, als in der Stadt. Eine nähere Untersuchung würde aber bald ergeben, dass wohl ein Unterschied zwischen Stadt und Dorf, zwischen Stadtleben und Landleben, aber nicht zwischen den Folgen des Schmutzes in der Stadt und auf dem Lande besteht. Die Dörfer sind übrigens nur scheinbar schmutziger als die Städte, weil man in diesen den Schmutz nicht öffentlich zeigt, sondern in den Häusern und Höfen hübsch zudeckt, damit es den Eindruck mache, als ob keiner da wäre.

Aber auch angenommen, es gäbe eine gewisse Concentration von Schmutz im Boden, welcher das Gedeihen gewisser Spaltpilze verhindert, etwa ähnlich wie wir in einer concentrirten Zuckerlösung Früchte einsieden, um die Entwicklung der Pilze zu verhindern, so hätte die Hygieine erst noch zu ermitteln, wie concentrirt der Schmutz sein müsse, und es wäre noch zu bedenken, dass in der Umgebung solcher Schmutzcentren die Concentration doch wieder abnehmen und endlich eine Verdünnung eintreten würde, welche für die Entwicklung der Typhus- und Cholera-Bacterien günstig wäre. Halten wir daher vorläufig noch immer das, was wir unter Reinlichkeit verstehen, für das hygienisch Richtige, und wir werden auch ferner gut thun, Alles was uns als Schmutz erscheint und uns aus einem angeborenen ästhetischen Gefühle anwidert, aus unserer Nähe zu entfernen, anstatt unsere Wohnstätten in Schmutz einzusieden.

Die Pilzforscher haben weiters gelehrt, dass sich aus Flüssigkeiten und von feuchten Gegenständen durch blosses Verdunsten keine Spaltpilze ablösen. Man könne daraus schliessen, dass es weiter nichts bedürfte, um Häuser siechfrei zu machen und zu erhalten, als Alles recht feucht zu halten. Aber abgesehen davon, dass nasse Wohnungen so viele Nachtheile für unsere Gesundheit haben, wäre es auch gar nicht möglich, die Befeuchtung so durchzuführen, dass die Verbreitung der Pilze wirklich verhindert würde. Den schützenden Einfluss der Nässe könnte man auch auf die so häufig an unseren Hauswänden angebrachten Versitzgruben anwenden. Ich für meine Person halte aber diese Versitzgruben unmittelbar am Hause, selbst wenn sie nur Regenwasser aufnehmen, für die schädlichste Nachbarschaft, und stütze mich auf die alte ärztliche Erfahrung, dass gewisse Bodenkrankheiten mit Vorliebe an feuchten Stellen, in muldenförmig gelegenen Häusern oder nach Ueberschwemmungen im Inundations-Gebiete auftreten. In der Abschaffung der Versitzgräben, welche solche künstliche Inundations-Gebiete sind, erblicke ich einen Hauptvortheil der Canalisation der Städte. Der hygieinische Werth der Canalisation mag oft übertrieben worden sein, und darf es nicht überraschen, wenn sich jetzt diese Ueberschätzung durch eine gewisse Reaction rächt, aber diese Thatsache steht fest, dass jede Stadt, welche ein gut gespültes, solides Canalsystem durchgeführt hat, an Gesundheit gewonnen hat. Erst vor wenigen Tagen hat, abgesehen von älteren Nachweisen, Dr. Soyka auf dem hygieinischen Congresse in Wien eine sehr lehrreiche Typhusstatistik aus München mitgetheilt, welche es den Gegnern der Canalisation schwierig machen wird, den Nutzen der Canalisation länger zu bestreiten.

Die Gegner der Canalisation führen sehr gerne an, dass es unmöglich sei, ein Canalnetz absolut dicht herzustellen. Darauf kommt es aber auch nicht an; es genügt, die in den Boden eindringende Unreinigkeit bis auf ein gewisses Maass herabzubringen, in welchem sie rasch verändert und unschädlich verarbeitet wird, da auch der Boden die Kraft hat, sich selbst zu reinigen. Es ist gewiss interessant, dass auch diese Selbstreinigung des Bodens grösstentheils wieder von der Thätigkeit niedrigster Organismen (sogenannter Salpeterpilze) abhängt. Es können demnach diese niedrigsten Repräsentanten des organischen Lebens auch nützliche Dienste leisten, und wir dürfen nicht überrascht sein, wenn eine spätere Zeit die nützlichen Bacterien vielleicht geradezu anbaut und nur den schädlichen den Kampf ums Dasein erschwert.

Bisher liessen wir uns in der hygieinischen Praxis und in der hygieinischen Technik vorwaltend von Gefühlen, Instincten und vom sogenannten gesunden Menschenverstande leiten; erst in neuerer Zeit hat man angefangen, die hygieinische Praxis, die ja uralt ist, auch auf wissenschaftlichen Boden zu stellen.

Reinlichkeit spielt im täglichen Leben eine wichtige Rolle, ähnlich wie in unserem sittlichen Leben das Gewissen, das Gefühl für Recht und Unrecht, das uns auch theils angeboren, theils anerzogen ist. Gleichwie man es eine Thatsache nennen kann, dass gewissenhafte Menschen durchschnittlich mehr und Besseres leisten als gewissenlose, so leben reinliche Menschen durchschnittlich gesünder und länger, als unreinliche. Wie das Gewissen in verschiedenen Stufen der menschlichen Cultur mehr oder weniger entwickelt ist, so ist es auch mit dem Reinlichkeitssinn. Von analogen Empfindungen geleitet, haben wir instinctmässig und empirisch auch herausgefunden, was uns zu essen und zu trinken frommt, wie wir uns kleiden sollen, noch ehe die Gegenstände wissenschaftlich behandelt werden konnten.

Also Achtung vor der hergebrachten Gesundheitspflege, auch wenn sie vielfach erst auf dem Gefühlsstandpunkte ruht. Bf.

Tagesereignisse.

— Am 4. April 1882 vollenden sich 35 Jahre der Lehr-Thätigkeit des Professor Gruber an der hiesigen medicinischen Academie. Es wird beabsichtigt, dem Jubilar an diesem Tage ein Album mit den Photographien aller seiner Schüler zu überreichen und werden letztere daher aufgefordert, ihre photographischen Karten nebst Angabe ihres Namens, Wohnortes und des Jahres ihrer Beschäftigung bei Prof. Gruber, bis zum 1. Februar an Prof. P. Leshaft (wohnhaft in der Academie) einzusenden.

— Wie verlautet, giebt der Professor der Chirurgie Bogdanowski seine Lehrthätigkeit an der militär-medicinischen Academie auf.

— In den Studienplan der militär-medicinischen Academie ist auch ein «*Cursus über militär-medicinische Administration*» aufgenommen. Dieses Fach wird von dem Privatdocenten Dr. Werewkin gelesen werden.

— Am 24. September n. St. beging der Frankfurter Arzt Dr. Georg Varrentrapp, der nicht nur in seiner engeren Heimath, sondern auch in weiteren Kreisen bekannt und geachtet ist, sein 50-jähriges Doctorjubiläum. Seine Leistungen auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege, namentlich seine zahlreichen Schriften über Hygieine und seine Thätigkeit als Herausgeber der «deutschen Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege», haben allgemeine Anerkennung gefunden.

— Der Privatdocent der Ohrenheilkunde, Dr. Kuhn in Strassburg ist zum ausserordentlichen Professor ernannt worden.

Miscellen.

— In Bezug auf den *Einfluss der Impfung auf die Pockensterblichkeit in London* hat Dr. Buchanan einen interessanten Bericht dem Parlament vorgelegt. Nach diesem Berichte, den wir in den «Veröffentlichungen des deutschen Reichsgesundheitsamtes» finden, erlagen den Pocken in London im J. 1880 im Ganzen 1532 Personen, von denen nachweisbar 325 geimpft, 637 nicht geimpft waren, während bei 570 die Angaben darüber fehlten. Unter der Annahme nun, welche vom Metropolitan-Asylums Board aufgestellt wurde, dass in der Londoner Bevölkerung die Zahl der Geimpften 19 Mal grösser als die der Nichtgeimpften ist, würde die Pockensterblichkeit unter ersteren 9, unter letzteren 355 pro Mille betragen. Hierbei sind die 570 Fälle, bei denen die Frage nach der Impfung unbeantwortet geblieben ist, nicht einbegriffen. Beträfen sie sämmtlich geimpfte Personen, so würde das Verhältniss 24,7 : 335, im entgegengesetzten Falle würde es 9 : 635 werden. Wenn auch sicherlich weder das Eine noch das Andere der Wirklichkeit entspricht, so sind hiemit doch die Grenzen gegeben, innerhalb deren der Schätzungsfehler Dr. Buchanan's liegen wird.

In Bezug auf die Bedeutung, welche der Art, wie die Impfung ausgeführt wird, sowie der Wiederimpfung zukommt, ist sehr lehrreich eine kleine von Dr. Buchanan angeführte Tabelle, die der Pockenspital-Arzt Marson auf Grund einer 25 jährigen Thätigkeit zusammengestellt hat.

Erkrankungen an den Pocken.	Todesfälle in pCt.
Geimpfte ohne sichtbare Narben	$21^3/_4$
» mit 1 Narbe	$7^1/_2$
» » 1 sehr deutlichen Narbe	$4^1/_4$
» » 1 schwach sichtbaren Narbe	12
» » 2 Narben	$4^1/_2$
» » 3 Narben	$1^3/_4$
» » 4 oder mehr Narben	$^3/_4$
Ungeimpfte	$35^1/_2$

— Vom 9.—12. October c. findet zu Köln der II. internationale Congress der Impfgegner und Impfzwanggegner statt.

Personal-Nachrichten.

Amtliche.

— *Ordensverleihungen:* Seine Majestät der Kaiser hat zu verleihen geruht:

Den *St. Stanislaus-Orden I. Cl.:* Dem Wirklichen Staatsrath Fowelin, Oberarzt des Preobrashenski-L.-G.-Regiments.

Den *St. Annen-Orden III. Cl.:* Dem Hofrath Slatkowski, jüng. Arzt des L.-G.-Grenadier-Regiments.

— *Als verstorben aus den Listen gestrichen:* Hofrath Hirschfeld, weiland jüng. Arzt des 71. Infanterie-Regiments, und C.-A. Okulow, w. jüng. Arzt des 78. Inf.-Reg.

Vacanzen.

— *Eine Landschaftsarztstelle* im Kreise *Nowochopersk*, Gouvernement *Woronesh*, ist vacant. Der Arzt hat im Kirchdorfe Petrowskoje, in welchem sich ein Krankenhaus befindet, zu wohnen. Gehalt 1500 Rbl. jährlich und freie Dienstfahrten. Qualificirte Bewerber sind gebeten, ihre Eingaben dem Kreislandschaftsamt von Nowochopersk einzusenden.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 20. September 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	561	245	806
Alexander- «	454	169	623
Kalinkin- «	—	447	447
Peter-Paul- «	283	91	374
St. Marien-Magdalenen-Hospital	153	73	226
Marien-Hospital	292	232	524
Ausserstädtisches Hospital	234	121	355
Roshdestwensky-Hospital	40	28	68
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	350	95	445
4 zeitw. Hospitäler	388	130	518
Ausschlags-Hospital	6	6	12
Summa der Civilhospitäler	2761	1637	4398
Nikolai-Kinder-Hospital	34	41	75
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	45	48	93
Elisabeth-Kinder-Hospital	28	30	58
Summa der Kinderhospitäler	107	119	226
Nicolai-Militär-Hospital	374	19	393
Ssemenow'sches Militär-Hospital	194	—	194
Kalinkin-Marine-Hospital	186	—	186
Gesammt-Summa	3622	1775	5397

Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	905	226	1131
Scarlatina	15	8	23
Variola	7	3	10
Venerische Krankheiten	574	445	1019

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 13. bis 20 September 1881 besucht von 2071 Kranken, darunter zum ersten Mal von 862.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs

für die Woche vom 6. bis 12. September 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 527 Todtgeborene 22). — Mortalität 40,9 p. M.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
299	228	527	114	26	76	9	5	20	59	61	59	47	20	19	3	9

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 11, Typh. abd. 20, Febris recurrens 14, Typhu, ohne Bestimmung der Form 3, Pocken 4, Masern 1, Scharlach 16, Diphtheritis 6, Croup 2, Keuchhusten 5, Puerperalkrankheiten 1, Dysenterie 3, Thiergift 1, andere Infectionskrankheiten 14.

— Gehirnapoplexie 12, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 23, andere Gehirnkrankheiten 17, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 14, acute Entzündung d. Athmungsorgane 39, Lungenschwindsucht 85, andere Krankheiten der Brusthöhle 18, Gastro-intestinal-Krankheiten 118, andere Krankheiten der Bauchhöhle 27, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 29, Marasmus senilis 21, Cachexia 9.

— Tod durch Zufall 6, Selbstmord 2. Mord 1.

— Andere Ursachen 5.

Nächste Sitzung d. deutschen ärztlichen Vereins, Montag den 5. October 1881.

Nächste Sitzung des allgem. Vereins St. Petersburger Aerzte, Dienstag den 29. September 1881.

Die halbjährlichen Pensionen aus der Mariencasse für Wittwen und Waisen der Aerzte werden ausgezahlt in der Wohnung des Curators Dr. A. Sagorsky, Kirotschnaja № 8, — vom 1. bis 7. October von 11 bis 12½ Uhr Vormittags. (Zu anderen Stunden nur zufällig.)

Am 14. October um 8 Uhr Abends allgemeine Versammlung der Mitglieder genannter Casse, in derselben Wohnung. Dr. A. Sagorsky.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 25 Сентября 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh., Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

ST. PETERSBURGER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg,
Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 40. St. Petersburg, 3. (15.) October. 1881.

Zwei Fälle von Ileus aus ungewöhnlicher Ursache.

Von

Dr. L. v. Holst.

I.

Natalie Danilowa, Wittwe, 60 Jahre alt, wurde am 26. September 1880 ins Evangelische Hospital aufgenommen. An anamnestischen Momenten erfuhr man von der Begleitung der Kranken Folgendes: sie sei stets eine rüstige, kräftige Person gewesen, habe aber vor etwa einem Jahre eine Leberentzündung durchgemacht und leide seit einiger Zeit an chronischer Bronchitis. Seit drei Tagen sei sie verstopft, seit zwei Tagen fühle sie sich ernstlich krank. Am Abend des 25. sei eine bedeutende Verschlimmerung eingetreten mit heftigen Schmerzen im Leibe, Dyspnöe, Meteorismus, absoluter Verstopfung, welche weder stärksten Abführmitteln noch Klystieren habe weichen wollen. — Die offenbar dem Tode nahe Kranke ist von grossem Wuchs, kräftigem Körperbau, sehr fettleibig; das Gesicht bleich, starke meteoristische Auftreibung des Leibes, bedeutende Dyspnöe, kein Fieber, Puls klein, 120. Der ganze Unterleib sehr empfindlich, gespannt, die Untersuchung durch Palpation ergiebt ein durchaus negatives Resultat, eine mehr auf eine bestimmte Stelle localisirte Schmerzhaftigkeit ist nicht herauszufinden, als Hauptsitz der Schmerzen aber bezeichnet Pat. das rechte Hypochondrium, auch ist in dieser Gegend die überall bedeutende Druckempfindlichkeit wohl noch etwas stärker als am übrigen Unterleibe. Die Percussion ergiebt deutliche Dämpfung längs dem ganzen Verlaufe des Dickdarms, sonst überall hell-tympanitischen Schall. — Verordnet wurden: Belladonna, Opium, hohe Klystiere. Bald nach der Aufnahme trat Kothbrechen ein; die zahlreich gemachten reichlichen Wasserinjectionen blieben bis zum anderen Tage gänzlich ohne Erfolg, das Kothbrechen wiederholte sich von Zeit zu Zeit, der Athem wurde röchelnd, die Extremitäten kühl, der Puls fast unfühlbar, es wurde noch ein vergeblicher Versuch mit Tabaksinfus als Klystier gemacht, und unter beständiger Zunahme aller Erscheinungen trat am 28. September um 7 Uhr Abends der Tod ein.

Die Diagnose war auf Darmocclusion in der rechten oberen Bauchgegend gestellt worden, ob durch Intussusception oder durch Abknickung des Darmes entstanden, blieb dahingestellt.

Die *Section*, am Tage nach dem Tode von Dr. Frankenhäuser vorgenommen, ergab folgende Resultate:

Leiche gross, sehr wohlgenährt; Todtenstarre stark entwickelt; Bauch stark aufgetrieben. Bei Eröffnung der *Brusthöhle* collabiren die Lungen, wegen zahlreicher alter Adhäsionen, nur sehr wenig, besonders ist die linke Lunge fast vollständig mit der Pleura costalis verwachsen. Die Lungen sind im Ganzen wenig lufthaltig, blutreich und ödematös. Im oberen Lappen der rechten Lunge finden sich mehrere, etwas mehr als wallnussgrosse, catarrhalisch-pneumonische, graurothe Herde, welche an keiner Stelle bis an die Lungenoberfläche reichen. In den Bronchien schaumige, schleimig-blutige Flüssigkeit. Die Schleimhaut der Bronchien stark in Falten, verdickt, livid gefärbt.

Im Herzbeutel wenige Tropfen Serum.

Das Herz gross, sehr fettreich; der linke Ventrikel von mittlerer Weite, die Muskulatur von normaler Dicke, etwas blass. Die Mitralklappen sind leicht verdickt; die Aortenklappen stellweise verdickt, getrübt und verkalkt, jedoch schlussfähig. — Der rechte Ventrikel etwas dilatirt, äusserst fettreich, so dass die Muskulatur desselben stellweise fast vollständig geschwunden ist. Die Klappen des rechten Herzens normal. — Die Aorta ist von normaler Weite, die Intima derselben an einigen Stellen verfettet.

Bauchhöhle. Die Bauchdecken, das Netz, das Mesenterium und das Mesocolon äusserst fettreich. Die Därme erscheinen durch Gase stark aufgetrieben, besonders das Colon ascendens. In der rechten Regio lumbalis und hypo-

chondriaca etwas trübe, bräunliche Flüssigkeit, sonst kein Erguss in der Bauchhöhle. — Der Situs viscerum zeigt keine Abweichungen, nur finden sich zahlreiche Verwachsungen zwischen den Eingeweiden und frische Verklebungen, letztere namentlich zwischen der Leber, dem Colon transversum und dem Omentum majus. Diese Theile sind, sowohl die Leber, als das Omentum majus und das Colon transversum mit frischen fibrinösen Pseudomembranen bedeckt. Ausser den frischen Verklebungen zeigt das Netz eine derbe Adhäsion an der seitlichen Bauchwand in der linken Regio hypochondriaca. — Das Colon ascendens ist durch sehr derbe Verwachsungen mit der seitlichen Bauchwand verbunden, und ebensolche Verwachsungen finden sich zwischen der unteren Leberfläche und der Flexura hepatica. Die beiden Schenkel der Flexura lienalis sind durch narbige Stränge einander genähert, so dass das Colon an dieser Stelle einen spitzen Winkel bildet; ausserdem ist es noch durch derbe Adhäsionen an die seitliche Bauchwand und an die Milzkapsel geheftet. — Die Milz etwas vergrössert, weich, die Kapsel derselben leicht verdickt. Auf dem Durchschnitt erscheint das Gewebe der Milz dunkelroth, blutreich, die Malpighischen Körperchen vergrössert. Die mikroskopische Untersuchung der Milz ergiebt nichts Bemerkenswerthes. — Die Leber ist von mittlerer Grösse und guter Consistenz, ihre Oberfläche mit gelblichen Pseudomembranen bedeckt. Nach Entfernung derselben erscheint sie glatt und gelblich-braun gefärbt. Die Leberkapsel ist etwas getrübt und verdickt. Die Gefässe an der unteren Leberfläche (Art. hepatica, Vena port. und Vena cava inf.) sind vollständig normal. Das Gewebe der Leber ist wenig blutreich, von grau-brauner Farbe, guter Consistenz, zeigt nur undeutliche Läppchenzeichnung. Die Gallenblase von mittlerer Grösse, enthält etwas dunkle, dünnflüssige Galle, die sich bei leichtem Druck in das Duodenum entleert, und ausserdem einige hellgelbe Krystalldrüsen. Die Wand der Gallenblase ist im Ganzen verdickt, wie frisch geschwellt; ausserdem finden sich aber noch in derselben stärkere, geschwulstartige Infiltrate. Der Hals der Gallenblase, der Ductus cysticus, sowie der Anfangstheil des Ductus choledochus von einem derben, höckerigen Tumor umgeben, dessen Hauptmasse zwischen den genannten Theilen und der unteren Leberfläche liegt, und sich gegen das Parenchym der Leber scharf abgrenzt. Auf dem Durchschnitt erscheinen sowohl die kleineren als auch die grösseren Tumoren hämorrhagisch infiltrirt. Makroskopisch erkennt man nur dünne Bindegewebszüge, zwischen denen Blutgerinnsel liegen. Die Blutergüsse begrenzen sich nur auf das Zellgewebe, und lassen die Schleimhaut sowie den Peritonäalüberzug der Theile unverändert.

Von der unteren Leberfläche nach unten hin zur rechten Niere erscheint das retroperitonäale Gewebe theils hämorrhagisch infiltrirt, theils phlegmonös geschwellt, und auch die rechte Nebenniere zeigt in ihrem Gewebe zahlreiche Hämorrhagien. Rechte Niere stark von Fett umwachsen, welches auch etwas phlegmonös infiltrirt ist. Die rechte Niere ist etwas vergrössert, ihre Consistenz weich; die Kapsel leicht abziehbar. Die Oberfläche der Niere zeigt zahlreiche seichte Gruben und einige kleine Cysten. Auf dem Durchschnitt erscheinen Mark- und Rindensubstanz nicht scharf gegen einander abgegrenzt, getrübt und schmutzig roth-gelb gefärbt. Makroskopisch ist die Textur der Nieren vollständig unkenntlich. — Die linke Niere ist etwas kleiner als die rechte, zeigt aber sonst denselben Befund wie diese.

Im Magen etwas dunkelgrüne, schleimige Flüssigkeit. Die Schleimhaut des Magens ist hyperämisch und an der Cardia und am Fundus von zahlreichen, zum Theil zusammenfliessenden Ecchymosen durchsetzt. Im Pylorustheil des Magens und im ganzen Duodenum erscheinen die Drüsen der Schleimhaut als Hirsekorn- bis Linsengrosse weissliche Knötchen. Die Schleimhaut des Duodenum geschwellt, gallig gefärbt, und auf der Höhe der Falten hyperämisch. Im Jejunum ist die Schleimhaut leicht geschwellt, blass, mit grünlicher schleimiger Flüssigkeit bedeckt. Im Ileum bietet die Schleimhaut nichts Bemerkenswerthes. — Das Coecum durch Ansammlung von Gas, dunklen flüssigen Faeces und hellen, derben Kothmassen ausgedehnt. Die Schleimhaut des Coecum nicht geschwellt, mässig blutreich, im Colon transversum derselbe Befund, nur in der Nähe der Flexura lienalis stärkere Hyperämie der Schleimhaut. In der Flexura lienalis erscheint die Schleimhaut hyperämisch, leicht geschwellt und mit einem dünnen, pseudomembranösen Belag versehen. Im Colon descendens und S. romanum ist die Schleimhaut blass und der Inhalt dünnbreiiger Koth.

Die mikroskopische Untersuchung der Gallenblasentumoren bestätigt den makroskopischen Befund und sichert die Diagnose der Phlegmone ohne deren Ursache klar zu legen. — Präparation und Aufschneiden der Art. cystica erweist dieselbe als vollständig normal.

Durch die Section wurde also die im Leben gestellte Diagnose nicht bestätigt, eine Darmocclusion war nicht vorhanden. Auch die spitzwinkelig geformte Flexura lienalis konnte nicht dafür angesehen werden dass sie einen Verschluss des Darmrohrs hervorgebracht habe, denn erstens war sie durch das Exsudat einer längst abgelaufenen Peritonitis entstanden, wonach Pat. noch ein Jahr lang gelebt hatte, was bei Verschluss des Darmrohrs natürlich nicht möglich gewesen wäre; zweitens fanden sich unterhalb der Flexura noch ziemlich reichliche Kothmassen, welche also doch diese Stelle passirt haben mussten. Eine gewisse Erschwerung der Passage wird durch die spitzwinklige Stellung der beiden Schenkel der Flexur zu einander wohl gesetzt worden sein, aber wie gesagt, kein unüberwindliches Hinderniss. Statt dessen fand man die Zeichen einer abgelaufenen Perihepatitis und Peritonitis, sowie die Produkte einer neuerdings entstandenen Entzündung der Bauchserosa. Ausserdem aber noch — als die auffallendste Erscheinung — eine weit verbreitete, massenhafte Produkte setzende hämorrhagische Entzündung im Zellgewebe der Gallenblase und im retroperitonäalen Zellgewebe (zwischen Leber und rechter Niere), welches die rechte Nebenniere umgiebt. Dieses war offenbar das primäre und hauptsächliche Moment der Krankheit gewesen, zu dem sich dann erst als secundäre Erscheinung die auf ein nur mässig ausgedehntes Terrain beschränkte Peritonitis hinzugesellt hatte. Die anatomische Diagnose der Krankheit wäre damit wohl sicher gestellt, aber das Wesen derselben bleibt doch noch in so mancher wichtigen Beziehung dunkel. Ueber die Aetiologie wissen wir gar nichts zu sagen; weder in den Gefässen, die sich am Orte oder in der Nähe des pathologischen Produktes

befanden, noch in den Organen, noch aus der Anamnese liess sich irgend ein Moment auffinden, welches als die Ursache einer so hochgradigen hämorrhagischen Phlegmone des rechtseitigen retroperitonäalen Zellgewebes und desjenigen der Gallenblase hätte angesehen werden können. Auch über die Art des Zustandekommens, sowie den Ausgangspunkt dieser auffallenden und seltenen Erscheinung blieb man im Unklaren. Vielleicht gehört dieser Fall auch zu jenen Seltenheiten, über die Virchow bei Gelegenheit der Nebennierenerkrankungen spricht. Dieser Autor sagt in seinen Vorlesungen über die krankhaften Geschwülste (Bd. II, pag. 696): «In dieser Beziehung erwähne ich namentlich, dass ich ein paar Mal hämorrhagische Entzündungen der Nebennieren als den Hauptbefund in Leichen von Personen, die unter typhoiden Erscheinungen schnell gestorben waren, angetroffen habe. Einen ähnlichen Fall beschreibt Mattei, und Köhler sah sogar einen derartigen Verlauf bei nur einseitiger Affection der Nebenniere und ihrer Umgebung. In diesen Fällen war keine Hautverfärbung vorhanden. Bestätigt es sich, dass eine solche Affection den Tod herbeiführen kann, so würde dies sehr nahe mit der Ansicht von Lobstein zusammentreffen, der eine besondere Todesart durch Paralyse des Sonnengeflechts (Abepithymie) annahm». Mit den von Virchow erwähnten Fällen stimmt der unsrige insofern überein, als auch in diesem sich eine hämorrhagische Phlegmone der Nebenniere und ihrer Umgebung fand, bei gänzlicher Abwesenheit einer an die Addison'sche Krankheit erinnernden Verfärbung der Haut. Dagegen fehlten in unserem Falle die von Virchow u. A. hervorgehobenen typhoiden Erscheinungen gänzlich, und wurden ersetzt durch die Erscheinungen eines ausgesprochenen Ileus. Die Fälle sind einander daher wohl in gewissem Maasse ähnlich, aber durchaus nicht congruent.

Noch zwei andere Fragen sind es, die sich uns aufdrängen, deren präcise Beantwortung aber schwerlich möglich ist. Was veranlasste das Kothbrechen? und woher kam es, dass die reichlichen Wassereingiessungen keine Kothmassen entleerten, obwohl solche doch in reichlichem Maasse im Colon descendens und S. romanum vorhanden waren? Gerade die völlige Erfolglosigkeit der zahlreichen, literweisen Wassereingiessungen bestärkte uns nur noch mehr in der Annahme einer Darmocclusion, bei Leere des unterhalb derselben gelegenen Partie des Dickdarms. Statt dessen wies die Section nach, dass der Dickdarm gefüllt war. Es lässt sich das wohl nur durch die Annahme einer vollständigen Paralyse des Dickdarms erklären, der durch die eingebrachten Wassermengen zu keinerlei Action angeregt wurde, wesshalb das Wasser denn auch — so zu sagen passiv — abfloss ohne von den vorhandenen Kothmassen mehr mitzunehmen als was sich in ihm gelöst hatte. Durch das häufig eingegossene Wasser waren aber die vorhandenen Kothmassen erweicht worden und zeigten daher bei der Section eine dünnbreiige Consistenz, während man weiter oben, im Coecum, derbe Ballen fand. — Gleichzeitig fanden aber antiperistaltische Bewegungen im oberen Theile des Darmkanals statt, wofür der deutlich faecale Geruch des Erbrochenen einen unwiderleglichen Beweis abgab. Die vorhandene frische Peritonitis war sowohl räumlich als intensiv zu beschränkt, als dass man aus ihr diese Erscheinungen erklären könnte, und ich möchte mir erlauben die Vermuthung auszusprechen, dass die, vielleicht mehr supponirten als wirklich erwiesenen, nahen Beziehungen zwischen Nebennieren und Plexus solaris, bei der vorhandenen Erkrankung der rechten Nebenniere, diese Erscheinungen veranlasst haben könnten.

II.

Elisabeth Weitzler, Wittwe, 84 Jahr alt, erkrankte am Abend des 20. December 1880 mit Leibschmerzen, hatte später noch eine Stuhlentleerung aber eine ungenügende. Angewandte Hausmittel blieben ohne Erfolg, am folgenden Tage trat auch Erbrechen ein und ich wurde aufgefordert Patientin zu besuchen. Ich fand dieselbe am 21. Abends munter, nur klagte sie über Leibschmerzen, die aber vorher heftiger gewesen sein sollten als während meines Besuches. Der Puls war voll und gereizt, etwas beschleunigt, die Zunge belegt, der Leib nicht aufgetrieben aber gespannt, schmerzhaft bei Druck in der Nabelgegend und namentlich rechts vom Nabel, wo auch der Sitz des spontanen Schmerzes war. Wegen der Spannung der Bauchdecken liess sich im Leibe nichts Auffälliges herauspalpiren, doch traten einzelne Darmschlingen in der Nabelgegend deutlich vor. *Ord.:* Ol. Ricini und warme Compressen. — *22. Dec.:* Trotz wiederholter Gabe Ol. Ricini ist kein Stuhl erfolgt, dagegen mehrmals Erbrechen einer dunkelschleimigen, schwärzlichen Masse ohne Geruch. Pat. ist auffallend collabirt, Puls bedeutend schwächer, Haut kühl. Da der Zustand offenbar ein sehr ernster war, so wurde Pat. auf mein Anrathen sofort ins Evangelische Hospital transferirt. Dass eine Darmocclusion vorlag, schien unzweifelhaft zu sein, doch war es nicht möglich die Diagnose präciser zu stellen da, wie bemerkt, durch die gespannten Bauchdecken sich nichts durchfühlen liess; den Sitz des Verschlusses musste man aber in der rechten Seite der oberen Bauchgegend annehmen, weil hier der Schmerz am lebhaftesten empfunden wurde. Der flüchtig auftauchende Gedanke an eine Operation musste daher auch sofort wieder aufgegeben werden, da unter solchen Umständen, namentlich auch bei dem hohen Alter der Patientin, es doch allzu gewagt gewesen wäre dieselbe so ganz aufs Gerathewohl hin zu unternehmen. Die Therapie aber blieb erfolglos; weder die innerlich gereichten Mittel, Opium und Belladonna, noch die sehr häufig wiederholten reichlichen Injectionen von warmem Wasser vermochten irgend welche nennenswerthe Quantität von Faecalmassen zu Tage zu fördern; bei beständigem Sinken der Kräfte dauerte das Erbrechen fort, nahm allmählig, ebenso wie der Athem, einen faeculenten Geruch an, und in der Nacht vom 23. auf den 24. trat um 1 Uhr der Tod ein.

Section am 24. December um 10 Uhr Morgens. — Leiche mittelgross, mager; Todtenstarre schwach entwickelt; die Haut welk, blass, ihr Panniculus adiposus geschwunden. Bei Eröffnung der Brusthöhle findet man die Lungen stellweise durch Bindegewebsstränge mit der Pleura cortalis verwachsen. Die Lungen sind lufthaltig, mässig blutreich und leicht ödematös. In den abhängigen Theilen der Lungen finden sich links mehrere, rechts ein kleines braunrothes Infiltrat; das Gewebe der Lunge an den infiltrirten Stellen leicht zerreisslich. — Der Herzbeutel bietet nichts Bemerkenswerthes, enthält kein Serum. — Das Herz gross, mässig fettreich; die Muskulatur desselben schlaff, grauroth, am linken Ventrikel leicht hypertrophisch. Die Klappen des

linken Herzens stellweise getrübt und verdickt, und an ihrer Basis verkalkt. Die Coronar-Arterien, sowie die Aorta ascendens und der arcus Aortae erweitert und stark atheromatös entartet.

Der Leib leicht aufgetrieben. Bei Eröffnung der Bauchhöhle findet man den grössten Theil der Dünndärme ziemlich stark ausgedehnt, die Serosa derselben hyperämisch. Der unterste Theil des Dünndarms, 1,5 Mm. lang, ist contrahirt und ganz leer. Etwa 1,5 Mm. über der Ileocöcalklappe erscheint der Dünndarm spitzwinkelig geknickt, seine dem Mesenterium gegenüber liegende Wand ist in das rechte Foramen ovale vorgestülpt und hineingeklemmt. Oberhalb der Knickung ist der Darm mit flüssigen Massen stark angefüllt. Die Einklemmung wird durch leichten Zug am Darm aufgehoben. Im Uebrigen ist der Situs viscerum abdomin. ganz normal.

Milz klein, Kapsel schlaff, Parenchym mässig blutreich, reich an Bindegewebe. — Leber klein, ihr vorderer Rand dünn, ihr Parenchym kleinlappig, dunkel, mässig blutreich (Atrophie). In der Gallenblase zwei haselnussgrosse, dunkle Steine und wenig Galle. Nieren etwas klein, enthalten in ihrer Rinde zahlreiche Cysten (bis haselnussgross) mit klarem Inhalt, sind mässig blutreich und in ihrer Rinde leicht getrübt.

Magen aufgetrieben, dilatirt; Magenschleimhaut glatt, dünn, blass. Die Serosa des Darms oberhalb der Einklemmung hyperämisch. Die incarcerirte Stelle des Darms erscheint braunroth, ihre Wand verdickt. Die Serosa ist an dieser Stelle mit einer ganz dünnen fibrinösen Exsudatschicht bedeckt und durch frische entzündliche Infiltration getrübt. Die Dünndarmschleimhaut leicht geschwellt und hyperämisch. — Im Dickdarm, besonders im Coecum und Colon ascendens findet man sehr harte, trockene Faecalmassen, jedoch nur in geringer Menge. Die Schleimhaut des Dickdarms leicht hyperämisch. — Die Bruchpforte für den kleinen Finger durchgängig; durch dieselbe gelangt man in einen etwa wallnussgrossen Hohlraum.

Wir hatten es also hier mit einer Hernia incarcerata foraminis obturatorii dextri zu thun. Ein Bruch des eirunden Loches ist ohnedies schon kein sehr häufiges Vorkommniss, eine während des Lebens richtig diagnosticirte derartige Hernie gehört aber jedenfalls zu den allergrössten Seltenheiten. Mir ist kein derartiger Fall bekannt, und wenn auch Arnaud behauptet viele derartige Fälle gesehen und die Reposition glücklich zu Stande gebracht zu haben, so ist doch keiner seiner Fälle unzweifelhaft constatirt. Die Regel ist jedenfalls, dass die Hernia foraminis obturatorii erst bei der Section entdeckt wird. Auch in den mir bekannten Fällen von Operation einer solchen Hernie, ist dieselbe nicht vorher diagnosticirt, sondern erst während der Operation aufgefunden worden. So öffnete Hilton die Bauchhöhle, weil er hier die Darmocclusion zu finden erwartete, fand eine incarcerirte Hernie des for. obturator. und löste die Schlinge aus ihrer Einklemmung. Obré und Gardener hatten eine incarcerirte Cruralhernie diagnosticirt, entdeckten erst während der Operation die wahre Sachlage, reponirten, und Pat. genas. Auch in unserem Falle wäre es wohl kaum möglich gewesen die richtige Diagnose zu stellen. Ausser den allgemeinen Einklemmungserscheinungen war kein Symptom vorhanden, welches auf den Ort derselben hingedeutet hätte. Als Sitz des Schmerzes, sowohl des spontanen als des durch Druck gesteigerten wurde nicht die Leistengegend, sondern die rechte Seite der Nabelgegend angegeben, von einer Geschwulst war nichts zu entdecken, und auch das von den Autoren als das wichtigste bezeichnete Symptom, die Erscheinungen des Druckes auf den Nervus obturatorius, fehlte vollständig. — Wenn nun auch eine richtige Diagnose so gut wie unmöglich war, so bedauere ich doch lebhaft in diesem Falle nicht versucht zu haben regulinisches Quecksilber zu geben, wie ja Löwenhardt gerade bei dieser Art Hernien anräth. Die eingeklemmte Darmpartie liess sich so leicht aus ihrer Einklemmung befreien, dass man wohl glauben kann, das Gewicht des Quecksilbers würde im Stande gewesen sein die Einklemmung zu beseitigen, und Pat. hätte dann, trotz ihres hohen Alters, noch manche Jahre leben können, da die Section erwies, dass in keinem wichtigeren Organe derartige Veränderungen vorhanden waren, dass Leben und Gesundheit ernstlich gefährdet gewesen wären, die atheromatösen Entartungen der Herzklappen und der Aorta nicht ausgeschlossen.

Das Zustandekommen der Incarceration erkläre ich mir in der Weise, dass bei längere Zeit hindurch bestehender Trägheit des Stuhles, — wofür die sehr harten Fäcalmassen im Colon ascendens und die mässige Hyperämie der Schleimhaut des Dickdarms zu sprechen scheinen, — die Bauchpresse bei jeder Entleerung in höherem Grade hat mitwirken müssen. Durch das beständig wiederholte Andrängen des Darmes ist allmählig die Bruchpforte erweitert worden bis schliesslich bei einem besonders schweren Stuhlgang eine so grosse Partie der Darmwand hineingepresst wurde, dass sie spontan nicht mehr zurückging, das Darmrohr geknickt wurde und die nun folgende Stase, Schwellung, und schliesslich Entzündung eine vollständige Incarceration zu Wege brachte.

Zur Lehre vom Pepton.

Von

Dr. A. Poehl.

(Vorläufige Mittheilung.)

Mit einer eingehenden Untersuchung der Eigenschaften und der Bildung des Peptons beschäftigt, habe ich Gelegenheit gehabt die von Prof. Eichwald schon längst aufgestellte Lehre [1], dass flüssiges Eiweiss in Berührung mit thierischen Geweben bei der Temperatur des Thierkörpers sich in Pepton verwandelt — nicht nur durch neue Versuche zu bestätigen, sondern diese wichtige physiologische Thatsache auch auf Eiweisskörper, die sich in den verschiedensten Gerinnungs- und Quellungszuständen befinden, auszudehnen. Es ergiebt sich, dass alle Eiweisskörper durch Berührung mit thierischen und pflanzlichen Geweben in Pepton übergeführt werden. Diese Peptonbildung geschieht z. B. unter der Einwirkung von Lungen- oder Nierengewebe auf gequollenes Fibrin bei Blutwärme ebenso energisch, wie unter Einwirkung von Pepsin.

[1] Prof. Dr. E. von Eichwald. Beiträge zur Chemie der gewebebildenden Substanzen und ihrer Abkömmlinge. Berlin 1873, S. 223.

Die von Prof. Eichwald aufgestellte Ansicht, dass zwischen den genuinen Eiweisskörpern und den Peptonen ganz allmählige Uebergangszustände existiren, welche nur auf verschiedenen Hydratationszuständen beruhen, erhält eine weitere Bestätigung durch die Thatsache, dass Pepton durch Behandlung mit wasserentziehenden Substanzen (Alkohol und Alkalisalze) in fällbares Eiweiss zurückverwandelt wird.

Eingehendere Mittheilungen über die Untersuchungen, die ich in dieser Richtung angestellt habe, beabsichtige ich in kürzester Zeit zu veröffentlichen.

Referate.

A. Geyl: Ueber die Ursache des Geburtseintritts. (Archiv für Gynäkologie. Band XVII. Heft I.)

Verf. versucht die Darwinistische Anschauung über Entstehung der Dinge auch auf dieses Gebiet zu übertragen. Das Raisonnement ist folgendes: Die bisherigen Erklärungen, warum der Uterus sich am Ende der Schwangerschaft zu contrahiren beginnt, sind ungenügend, die einzig mögliche Erklärung ist, dass das seine «Function, seine Eigenschaft ist, die nur durch Vererbung und Anpassung verstanden werden kann.» «Zum Entstehen und Fortbestehen dieser Eigenschaft war es immer und ist es auch jetzt noch eine dringende Nothwendigkeit, dass in Folge ihrer Wirkung ein Kind geboren wird, im Stande die Eigenschaft zu vererben, sonst stirbt ja das Geschlecht aus.» Dazu ist nöthig, dass das Kind einmal einen gewissen Grad von Lebensfähigkeit besitzt, um das Leben extrauterin fortsetzen zu können, und zweitens muss das Verhältniss zwischen Grösse der Frucht und Geräumigkeit des Beckens ein derartiges sein, dass ein Durchtritt des Kindes möglich sei. Ebenso müssen die Veränderungen in Decidua und den weichen Geburtswegen die Geburt genügend vorbereitet haben. Alle diese Bedingungen sind aber nicht absolute Werthe, und so erklärt sich zwanglos die verschieden lange Dauer der Schwangerschaft. Dieses Raisonnement stützt Verf. durch einige Tabellen, aus denen hervorgeht, dass: 1) die Dauer der Schwangerschaft einer gewissen mittleren Zeit entspricht, 2) die Mehrzahl der Früchte erreicht in diesem mittleren Zeitraum eine gewisse Länge — Länge als Ausdruck des Entwickelungsgrades betrachtet, 3) in demselben mittleren Zeitraum erreicht die Mehrzahl der Früchte ein gewisses Gewicht — das Gewicht als Maasstab des Wachsthums angenommen, 4) die grösste Zahl der Becken besitzt ein gewisses Maass der Geräumigkeit, um welches sich die übrigen Becken in auf- und absteigender Linie gruppiren. S—t.

C. Hasse: Die Ursachen des rechtzeitigen Eintritts der Geburtsthätigkeit des Menschen. (Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäkol. Bd. VI, Heft I.)

Verf. sucht die Ursache des rechtzeitigen Geburtseintritts in den Kreislaufsverhältnissen der Frucht, speciell in der zunehmenden CO_2-Spannung in den Artt. umbilicales. Starke CO_2 Ueberfüllung des Uterinblutes löst die Thätigkeit des uterinen Centrums aus, bewirkt Contractionen, dafür spricht schon die Thatsache, dass bei erhöhtem CO_2 Gehalt des Allgemeinblutes, z. B. bei mangelhaft compensirten Klappenfehlern, Asphyxie etc. Abort der letzten Monate leicht eintritt. Je weiter die Schwangerschaft vorrückt, um so venöser wird das Blut der Nabelarterien, da immer vollkommener das O-reiche Blut der unteren Hohlvene in die rechte Kammer geleitet wird, und der duct. Botalli sich gleichfalls mehr und mehr schliesst. Mehrere schematische Zeichnungen versinnbildlichen, wie mit vorrückender Schwangerschaft das Blut der Nabelarterien immer venöser und venöser wird. (Nach Meinung des Referenten dürfte in gleichem Sinne der Umstand von Einfluss sein, dass die Frucht durch fortschreitendes Wachsthum, stärkere Bewegungen etc. selbst sowohl quantitativ als auch relativ gegen Ende der Schwangerschaft immer mehr CO_2 producirt.)

Paul Bruns: Ueber Transplantation von Knochenmark. (Arch. f. klin. Chirurg. Bd. XXVI, Hft. 3.)

Um die noch immer schwebende Frage, ob und wie viel das Knochenmark bei der Knochenbildung betheiligt sei, zu entscheiden, machte Verf. Versuche von Transplantationen von Knochenmark in andere Gewebe desselben Thieres. Verf. experimentirte an jungen Hunden, die theils noch im Wachsthum begriffen, theils ausgewachsen waren. Es wurde den Thieren von der Diaphyse des Femur oder der Tibia ein Stück subperiostal resecirt und dann der darin enthaltene Markcylinder von 2—3 Ctm. Länge möglichst intact herausgenommen und demselben Thier an Brust oder Rücken in das Unterhautzellgewebe und in die oberflächlichen Muskeln implantirt. Von 19 Versuchen gelangen 12. Das Gelingen hängt hauptsächlich davon ab, dass die zur Implantation gesetzte Wunde per primam ohne Eiterung heilt. Je nach der Zeit des Verweilens des Marks im Gewebe fanden sich nach 2—4 Wochen Knochenstückchen bis zu 2 Ctm. Länge und 1 Ctm. Breite.

Die mikroskopische Untersuchung zeigte, dass ächtes Knochengewebe gebildet werde und zwar konnte ferner durch Excision der gebildeten Knoten zu verschiedenen Terminen festgestellt werden, dass in den ersten 10—12 Tagen von der Peripherie zum Centrum fortschreitend reichliche Wucherung von jungen Zellen, namentlich spindelförmigen stattfinde, die mit Verdrängung der Mark- und Fettzellen ein weitmaschiges Gewebe bilden. Vom 12.—14. Tage treten an der Peripherie isolirte Herde von osteoidem Gewebe, neugebildeter Knochensubstanz oder aus Knorpel auf, welcher letztere durch Verkalkung der Grundsubstanz und Umgestaltung der Knorpelzellen in osteoide Zellen direct zu Knochengewebe wird. Dieses geschieht nicht nur im Umkreise der Gefässe, sondern auch in einiger Entfernung von ihnen. — Dass die Knochenbildung bei solchen Transplantationen später eintritt als bei Fracturen (Callus) hängt davon ab, dass das überpflanzte Mark der Ernährung beraubt ist und diese sich erst herstellen muss durch Gefässneubildung. Verf. meint bewiesen zu haben, das eben auch der Fractur-Callus sich nicht nur vom Periost aus bilde, sondern ebenso auch vom Markgewebe aus. T.

M. Lannois: Die Exstirpation der Niere oder Nephrectomie. (Revue de Chirurgie, № 4, Avril.)

In Veranlassung der ersten Nephrectomie in Frankreich, die im vergangenen Jahre von Lefort ausgeführt worden, hält Verf. einen Ueberblick über sämmtliche bisher publicirten Fälle (39), die er in kurzen Auszügen mittheilt und tabellarisch ordnet. 3 Mal blieb die Operation unbeendet, weil die Operateure es mit ausgebreiteten Neubildungen zu thun hatten; 7 Mal fand man statt erkrankter Nieren Ovarialcysten, 1 Mal eine Lebercyste und 1 Mal wurde die Niere gleichzeitig mit einem Cystofibrom des Uterus entfernt, es bleiben daher nur 30 Fälle reiner Nephrectomieen nach. Dabei bildeten den Grund der Operation:

Uretherenfisteln	3 Fälle,	2 Heilungen	1 Tod.
Schmerzhaftigkeit der Niere (Ursache unbekannt)	2 »	1 »	1 »
Pyelitis calculosa	2 »	0 »	2 »
Nierenverletzung	4 »	3 »	1 »
Bewegliche Niere	7 »	4 »	3 »
Hydro- und Pyonephrose	4 »	4 »	0 »
Neoplasmen	8 »	3 »	5 »
	30 Fälle	17 Heilungen	13 Tod.

Der Tod erfolgte meist schon sehr bald nach der Operation. Bei Hueter blieb Pat. unter den Händen, 2 Mal wird Choc als Todesursache angeführt, 4 Mal Peritonitis, nur 1 Mal Urämie und desgleichen 1 Mal Thrombose der Pulmonalarterie.

Bei den Genesenen wird meist eine bedeutende Verringerung der Harnquantität bemerkt. — Die Operation kann nach 2 Methoden ausgeführt werden, peritonäal und extraperitonäal (in der Lumbalregion); letztere ist entschieden vorzuziehen, denn unter den 17 Genesenen findet man, dass 11 davon extraperitonäal operirt sind. Bei 13 Verstorbenen ist 5 Mal der Lumbal- und 8 Mal der Abdominalschnitt gemacht worden. Bezüglich der Indicationen sind die Anschauungen noch verschieden, so z. B. ist Lefort entschieden dagegen, die Wanderniere als Indication anzuerkennen. Erst eine grössere Anzahl von Fällen kann darüber Klarheit verschaffen. P.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Berichte der Petersburger Gebäranstalt und der Findelhäuser St. Petersburg's und Moskau's.

Im Laufe des letzten Jahres sind die medicinischen Rechenschaftsberichte (russisch) über die Thätigkeit der Petersburger Gebäranstalt (Родовспомогательное Заведение) für die Jahre 1873 bis 1876 (Petersb. 1880), des Kaiserl. Moskauer Findelhauses für die Jahre 1877 bis 1879 (Moskau 1880, zwei Bände) und des Kaiserl. Petersburger Findelhauses für das Jahr 1879 (Petersb. 1881) erschienen.

Das riesige Material, welches in diesen grossen Anstalten jährlich zur Beobachtung gelangt, macht es erklärlich, dass die Berichte umfangreiche Bücher bilden, in denen eine Fülle des Interessanten aufgespeichert ist. An den eigentlichen medicinisch-statistischen Bericht schliessen sich in jedem der citirten Werke wissenschaftliche Arbeiten der an den betreffenden Anstalten beschäftigten Aerzte als Beilagen an, zu denen die Anstalten das Beobachtungsmaterial geliefert haben. Wir müssen es uns natürlich versagen, auf die speciellen Daten näher einzugehen, und wollen nur die Zahlen anführen, welche einen Ueberblick über die Frequenz der betreffenden Anstalten ermöglichen.

1) Bericht der Petersb. Gebäranstalt.

Im Laufe der Jahre 1873 bis 1876 sind im Ganzen 8600 Schwangere und Gebärende in die Anstalt aufgenommen worden. Geburten haben im Ganzen 8742 stattgefunden, von denen rechtzeitige 7706, Frühgeburten 807 und Aborte 229. Zwillinge wurden 203 Mal, Drillinge 4 Mal zur Welt gebracht. — Normalgeburten waren 5651, pathologische 3091 und unter ihnen Geburten mit Kunsthilfe 1660.— Die Zange wurde 148 Mal angelegt und zwar kam eine Zangengeburt auf 28,8 Erstgebärende und eine Zangengeburt auf 120,8 Mehrgebärende. Expression der Frucht wurde 42 Mal ausgeführt, Wendun-

gen 106 Mal, die Entfernung der Nachgeburt mit der Hand geschah 114 Mal, d. h. ein Mal unter 76 bis 77 Geburten, wobei jedoch zu bemerken ist, dass diese relativ hohe Ziffer sich zum Theil durch die Operationslust einiger jüngerer dejourirender Aerzte erklärt. Perforation und Kranioklasie wurden 34 Mal ausgeführt und darunter 24 Mal bei engem Becken. — Die Frequenz der Anstalt hat von Jahr zu Jahr zugenommen und ist von 1907 Geburten im J. 1873 auf 2675 Geburten im J. 1879 gestiegen, während gleichzeitig die Mortalität an Puerperalkrankheiten von 6,1% sämmtlicher Geburten im J. 1873, stetig bis auf 1,3% im J. 1879 gesunken ist. Dieses erfreuliche Resultat ist den in den letzten Jahren gegen Puerperalerkrankungen in der Anstalt ergriffenen prophylaktischen Maassregeln zuzuschreiben.

Im Anfange finden sich folgende Originalarbeiten: Steinmann: Ueber Beckenendlagen. E. Bidder: Ueber den Einfluss des Alters der Mutter auf das Geschlecht des Kindes. E. Bidder: Kritik der Kristellerschen Expressionsmethode bei Schädellagen. Grinew: Beobachtungen über Entwickelungsfehler der Geschlechtsorgane und deren Einfluss auf Schwangerschaft, Geburt und Nachgeburtsperiode. Sutugin: Ueber die Lage der Frucht während der Schwangerschaft. Stoll: Ueber die Aenderungen des Gewichts der Neugeborenen. Smolski: Ueber den Einfluss des salzsauren Chinin auf die Uteruscontractionen. Tarnowski: Ein Fall von Ileus während der Schwangerschaft. Tarnowski: Ein Fall von scheinbarer Superfötatio.

2) Berichte des Moskauer Findelhauses.

Aufgenommen wurden im J. 1877—12,719, im J. 1878—13,612, im J. 1879—13,812 Kinder. Die Mortalität derselben belief sich im J. 1877 auf 22%, im J. 1878 auf 24%, im J. 1879 auf 30% sämmtlicher Neuaufgenommenen. Diese stetig zunehmende Sterblichkeit erklärt sich aus der von Jahr zu Jahr zunehmenden Zahl der in's Findelhaus gebrachten Kinder, aus der daraus resultirenden Ueberfüllung der Anstalt und aus der Unmöglichkeit, eine genügende Anzahl von Ammen für die Pfleglinge zu beschaffen. Der Ammenmangel ging so weit, dass zeitweilig ein Theil der Kinder künstlich mit Kuhmilch hat ernährt werden müssen. Mit Recht wird daher in dem Bericht für eine Entlastung des Moskauer Findelhauses durch Einrichtung von Asylen für uneheliche Kinder in den Gouvernements- und Kreisstädten plaidirt. — Was die relative Häufigkeit der Todesursachen anlangt, so starben an Bronchopneumonien 22,3%, an angeborener Lungenatelectase 1,2%, an acuten Intestinalcatarrhen und Colitis 24,6%, an chronischen Intestinalcatarrhen 10%, an congenitaler Syphilis 6,9%, an Septicämie und Blutdissolution 15% an Eclampsie 4% aller tödtlichen Fälle. Diese aus dem Bericht für 1879 entnommenen Zahlen gelten mit geringen Schwankungen auch für die vorhergegangenen Jahre.

In den Beilagen sind folgende Arbeiten enthalten: N. Müller: Ein zweiter Fall von ausgebreitetem Naevus pigmentosus oder localem Nigrismus. A. K.: Die Maassregeln, durch welche das Moskauer Findelhaus im J. 1771 vor der Pest bewahrt wurde. Müller: Ein seltener Fall von Gehirnbruch. Fedorow: Ein Fall von Hermaphroditismus. Klementowski: Kann das Moskauer Findelhaus eine Quelle zur Verbreitung der Vaccinationslymphe abgeben? Müller: Ueber die Nahrungsrationen der Ammen des Moskauer Findelhauses. Molnar: Ueber die Technik der Ausschälung von Geschwülsten käsig degenerirter Drüsen am Halse.

3) Bericht des Petersburger Findelhauses.

Aufgenommen wurden im J. 1879 8,360 Säuglinge, von welchen 14,2% im Findelhause starben. Seit dem J. 1874, wo die Mortalität noch fast 36% betrug, hat dieselbe stetig abgenommen, was wol vorzüglich daraus erklärt werden muss, dass die Pfleglinge in den letzten Jahren durchschnittlich früher auf's Land in die Pflege gegeben wurden, als das in den früheren Jahren der Fall war. Die meisten (90,8%) wurden schon im Laufe des ersten Monats ihres Aufenthaltes im Findelhause auf's Land geschickt. Hier wie auch im Moskauer Findelhause hat die Mehrzahl der Pfleglinge (c. 70%) bei der Aufnahme in die Anstalt das Alter von 10 Tagen noch nicht erreicht. Das relative Häufigkeitsverhältniss der verschiedenen Todesursachen ist annähernd dasselbe wie im Moskauer Findelhause; aus einer Zusammenstellung der Todesursachen nach dem Alter der Gestorbenen ergiebt sich, dass in der ersten Lebenswoche die angeborenen Lungenatelectasen die vorwiegende Todesursache bilden, während in den beiden folgenden Wochen sich noch catarrhalische Pneumonien und namentlich acute Darmcatarrhe hinzu gesellen. Von der 4. Woche an werden die Atelectasen seltener und Pneumonien und Darmcatarrhe bilden das Hauptcontingent; vom 5. Lebensmonat an traten auch die letzteren zurück und für den weiteren Verlauf des ersten Lebensjahres bleiben die catarrhalischen Pneumonien als dominirende Todesursache übrig. — Als Beilagen finden sich folgende Arbeiten: Etlinger: Zur Casuistik der angeborenen Herzfehler. Cruse: Materialien zur Lehre vom Icterus der Neugeborenen.

D—o.

Russische medicinische Literatur.

№ 233. Wratsch. № 39.

Inhalt: a) P. Djakonow: Ein Fall von Anheilung eines fast ganz abgetrennten Theiles der Hand.
b) B. Oks: Die epidemische Cerebrospinal-Meningitis in Russland im Jahre 1880.
c) G. Mitkewitsch: Zur Statistik der Augenkrankheiten in Russland.
d) M. Kashdân: Ueber die Nothwendigkeit in Krankenanstalten die Syphilitiker nicht nur von den übrigen Patienten, sondern auch von den venerischen Kranken abzusondern.
e) W. Swjatlowski: Sanitarische Lage der Arbeiter beim Bau der Msta-Brücke auf der Nikolaibahn. (Schluss.)
f) M. Reich: In Veranlassung des Artikels des Dr. Kramnik über die Krankheiten der Conjunctiva bei den Truppen.
g) W. Losskutow: Ein Fall von Bluterguss ins Rückenmark.
h) A. Krassin: Zur Statistik der Syphilis in der Stadt Orel.
i) A. Murgusow: Ein Fall von intermittirender Dysenterie.

№ 234. Wratschebnija Wedomosti. № 37.

Inhalt: a) Putilow: Ueber die Grösse der äusseren Oberfläche des Uterus am Ende der Gravidität.
b) M. Otschakowski: Ueb. Zwangsvorstellungen. (Schluss.
c) W. Nezezki: Zur Aetiologie des Fiebers in Turkestan

№ 235. Wojenno-Sanitarnoje Djelo № 22.

Inhalt: a) W. Maximow: Eine neue Vervollkommnung der Feldbaracken durch K. Felkner.
b) J. Talko: Ueber den Nutzen, bei der Bestimmung der Einberufenen für eine bestimmte Waffengattung den Grad der Sehschärfe zur Richtschnur zu nehmen.
c) G. G-n.: Zur Statistik der Militärärzte in Russland.
d) H. Frölich: Der General-Feldmedicus vor 200 Jahren.

№ 236. Klinitscheskaja Gaseta № 26.

Inhalt: a) S. Warschawski: Rundzelliges Sarcom des Bauchfells.
b) T. Jankowski: Ueber Paralysis agitans. (Aus der Klinik des Prof. Laschkewitsch).
c) A. Pawlowski: Ein Fall von rascher Entwickelung einer hochgradigen rareficirenden Knochenentzündung. (Aus der Klinik des Prof. Pelechin.) (Schluss.)

№ 237. Sdorowje. № 3.

Inhalt: a) N. Schtscherbina: Die Raphanie-Epidemie in Kijew im December 1880.
b) Eckert: Ueber die Momente, welche die Entstehung und Weiterentwickelung des Milzbrandes begünstigen.
c) S. Wassiljew: Ueber die physische Entwickelung der Mädchen.
d) Popow: Wissenschaftliche Untersuchungen über die Epidemiologie und Aetiologie der Diphtheritis.
e) Tschugin: Bestimmung der Asche in dem in Verkauf vorkommenden Thee.
f) N. Peschtitsch: Ueber den Transport der Viehherden (Forts.)

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Nice médical № 12.
— Prager medicinische Wochenschrift № 37.
— Ueber Sprechanomalien im Kindesalter von Dr. R. Coën in Wien. (Sep.-Abdr. aus «Arch. f. Kinderheilk.» Bd. III.)
— Medicinskaja Bibliotheka № 4.
— El medico y cirujano centro-americano № 20.
— Revista medico-quirurgica № 10.
— Taschen-Pharmakopöe für Aerzte von Prof. emer. Jul. Trapp. — (russ.) — St. Petersburg 1881.

Tagesereignisse.

— Der Professor der Chirurgie an der militär-medicinischen Academie, S. Nassilow, ist zum klinischen Consultanten des hiesigen Peter-Paul-Hospitals ernannt worden.

— Die Zahl der Militärärzte, welche zur weiteren Ausbildung der militär-medicinischen Academie zucommandirt sind, beträgt gegenwärtig 150. Dazu kommen noch gegen 50 Aerzte, welche zu Feldchirurgen ausgebildet werden. Die Fächer des Cursus für Feldchirurgie sind folgendermaassen vertheilt: chirurgische Anatomie liest Prof. Gruber, operative Chirurgie Prof. Nassilow, Verbandlehre Prof.-Adjunct Karpinski und Feldchirurgie (Klinik) Prof. Kolomnin.

— Wie wir erfahren, ist Dr. E. Hoerschelmann jun. an Dr. v. Maydell's Stelle Director der hiesigen Ammenanstalt des Grafen Kuschelew-Besborodko geworden.

— Das Amt eines Prosectors an der militär-medicinischen Academie ist erledigt und soll demnächst besetzt werden. Wie der «Wratsch» erfährt, hat der Privatdocent, Dr. Winogradow die meisten Chancen, zu diesem Posten gewählt zu werden.

— Zum Nachfolger Prof Kleinwächter's auf dem Lehrstuhl der Geburtshülfe in Innsbruck ist der bisherige Docent Dr. Schauta ernannt worden.

— In letzter Zeit haben zwei bekannte Ophthalmologen ihr fünfundzwanzigjähriges Docentenjubiläum gefeiert, nämlich Prof. v. Hasner in Prag und Prof. Horner in Zürich.

Miscellen.

— Prof. Hirschberg ist aus der Redaction des «Archiv's für Augenheilkunde» ausgeschieden und statt seiner ist Prof. Schweigger (Berlin) eingetreten. Die Richtung des Archivs bleibt unverändert, dagegen soll dem Berichte über die Fortschritte der Augenheilkunde besondere Aufmerksamkeit zugewandt werden. Die Berichterstattung haben Dr. Magnus (Breslau), Dr. Horstmann (Berlin) und Dr. Nieden (Bochum) übernommen.

— Auf dem letzten internationalen Congress in London haben folgende Aerzte aus Russland Vorträge gehalten: Dr. Bornhaupt (St. Petersburg) über Tuberculose des Hodens, Prof. Hering (Warschau) über acute und chronische Formen der Larynxstenose, Prof. Leshaft (St. Petersburg) über die Ursachen, welche die Form der Knochen bedingen und über die Lage des Magens, Prof. Lasarewitsch (Charkow) über die Beckenkrümmung der geburtshülfl. Zange, Prof. C. Reyher (St. Petersburg) über Antiseptik im Kriege, Docent Dr. Rein (St. Petersburg) über die embryonale Entwickelung der Milchdrüse, und Prof. Slawjanski (St. Petersb.) über die Diagnostik der Erkrankung der Ovarien.

— In Paris haben bis jetzt 12 Frauen den medicinischen Cursus absolvirt. Gegenwärtig studiren dort 42 Damen Medicin und zwar 18 Engländerinnen, 11 Französinnen, 10 Russinnen und 3 Amerikanerinnen.

Personal-Nachrichten.

Amtliche.

— *Ordensverleihungen:* Seine Majestät der Kaiser hat zu verleihen geruht:

Den *St. Stanislaus-Orden I. Cl.:* Dem Wirklichen Staatsrath Piotrowski, Corpsarzt des 14. Armeecorps.

Den *St. Wladimir-Orden III. Cl.:* Dem Staatsrath Achmatski, ält. Arzt des 6. Infanterie-Regiments, und den Coll.-Räthen: Krutikow, ält. Arzt des 45. Inf.-Reg., und Porshezki, ält. Arzt a. D. des 12. Husaren-Regiments.

Den *St. Wladimir-Orden IV. Cl.:* Dem Staatsrath Plinatus, ält. Arzt des Vorbereitungs-Pensionats der Nicolai-Cavallerieschule; den Coll.-Räthen: Parshnizki, ält. Arzt des 6. Sappeur-Bataillons; Ignatowitsch-Sawileiski, ält. Ord. des Militärhospitals zu Luzk, und Gorodzow, ält. Ord. des Militärhospitals zu Bobruisk, und dem Hofrath Idelson, ält. Arzt des 7. Inf.-Reg.

Den *St. Annen-Orden II. Cl.:* Den Staatsräthen: Birjukow, Divisionsarzt der 12. Cav.-Division; Schulgin, ält. Arzt des L.-G.-Grenadier-Regim. zu Pferde, und Röder, ält. Arzt des 12. Ulanen-Reg.

Den *St. Annen-Orden III. Cl.:* Den Coll.-Räthen: Herzenstein, Kreis-Oculist des Charkowschen Militärbezirks; Heintz, jüng. Arzt der 33. Artillerie-Brigade; Reizen, jüng. Arzt des 48. Inf.-Reg., und Hänsel, ausseretatm. Arzt des Bergdepartements.

Den *St. Stanislaus-Orden II. Cl.:* Den Staatsräthen: Oranski, ält. Ord. des Militärhosp. zu Lublin, und Korotkewitsch, ält. Arzt a. D. der Kronsechelons der Intendanturtransporte.

— *Befördert: Zum Staatsrath:* Der Coll.-Rath Schurygin, ält. Arzt des 127. Inf.-Reg.; zu *Collegien-Räthen:* Die Hofräthe: Skuderi, ält. Arzt a. D. des 129. Inf.-Reg., und Diwilkowski, ält. Arzt des 11. Donischen Kosaken-Regiments.

— *Ernannt:* Coll.-Rath Tarchow, Arzt der Wohlthätigkeitsanstalten des Collegiums für allgemeine Fürsorge in Tomsk — zum Director der Hebammenschule, mit Belassung in seiner bisherigen Stellung; die freipracticirenden Aerzte: Awdujewski — zum jüng. Arzt der Verwaltung des fliegenden Parks des Petersburger Militärbezirks, Apell — zum jüng. Arzt des 136. Inf.-Reg., und Grusinow — zum jüng. Arzt der Verwaltung der fünften Heeressection des Donischen Heeres.

— *Enthoben: auf eigenes Gesuch:* Coll.-Rath Jakubowski, Operator des Medicinalamtes zu Tomsk und Director der dortigen Hebammenschule — letzterer Stellung, mit Belassung in der ersten; *wegen Aufhebung des Orenburg'schen Militärbezirks:* Wirklicher Staatsrath Lotin — seiner Stellung als Bezirks-Militär-Medicinal-Inspector, mit Zuzählung zur Haupt-Medicinal-Verwaltung, und Staatsrath Rudnew — seiner Stellung als Gehilfe des Bezirks-Militär-Medicinal-Inspectors, mit Zuzählung zur Militär-Medicinal-Verwaltung des Kasanschen Militärbezirks.

— *Entlassen aus dem Dienst: Wegen Ablaufs der Dienstzeit:* Dr. med. Popow, ausseretatm. jüng. Medicinalbeamte beim Medicinal-Departement; *auf eigenes Gesuch:* Wirkl. Staatsrath Matwejew, ausseretatm. ält. Medicinalbeamte beim Medicinal-Departement; H.-R. Ornatski, jüng. Arzt des Militärlazareths zu Wologda; C.-R. Swentochowski, ält. Arzt des Militärhospitals zu Pawlodar, und C.-R. Kruglopolow, ält. Ord. des Uralschen Heeres-Hospitals.

— *Als verstorben aus den Listen gestrichen:* Staatsrath Lewkowitsch, ausseretatm. ält. Medicinalbeamte des Medicinal-Departements, und Dr. med. Wirkl. Staatsrath Adamowitsch, Ehren-Mitglied des militär-medicinischen Gelehrten-Comites.

Vacanzen.

— *Beim Irrenhause zu Orel* ist die Stelle des *leitenden Arztes* vacant. Qualificirte Bewerber sind gebeten, ihre Bedingungen sowie auch Mittheilungen über ihre bisherige psychiatrische Thätigkeit dem Gouvernements-Landschaftsamt von Orel zu übermitteln.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 27. September 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	579	248	827
Alexander- «	458	160	618
Kalinkin- «	—	446	446
Peter-Paul- «	303	90	393
St. Marien-Magdalenen-Hospital	160	69	229
Marien-Hospital	291	241	532
Ausserstädtisches Hospital	222	120	342
Roshdestwensky-Hospital	46	25	71
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	353	111	464
4 zeitw. Hospitäler	403	138	541
Ausschlags-Hospital	7	9	16
Summa der Civilhospitäler	2822	1657	4479
Nikolai-Kinder-Hospital	36	38	74
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	51	58	109
Elisabeth-Kinder-Hospital	28	35	63
Summa der Kinderhospitäler	115	131	246
Nicolai-Militär-Hospital	354	19	373
Ssemenow'sches Militär-Hospital	214	—	214
Kalinkin-Marine-Hospital	190	—	190
Gesammt-Summa	3695	1807	5502

Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	897	230	1127
Scarlatina	18	10	28
Variola	7	5	12
Venerische Krankheiten	579	439	1018

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 20. bis 27 September 1881 besucht von 2340 Kranken, darunter zum ersten Mal von 985.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs

für die Woche vom 13. bis 19. September 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 566 Todtgeborene 22). — Mortalität 43,9 p. M.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
341	225	566	106	27	73	18	6	17	69	68	60	34	41	18	18	11

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 6, Typh. abd. 20, Febris recurrens 19, Typhus ohne Bestimmung der Form 7, Pocken 3, Masern 0, Scharlach 15, Diphtheritis 8, Croup 2, Keuchhusten 4, Puerperalkrankheiten 1, Dysenterie 1, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 9.

— Gehirnapoplexie 12, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 22, andere Gehirnkrankheiten 13, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 21, acute Entzündung d. Athmungsorgane 52, Lungenschwindsucht 94, andere Krankheiten der Brusthöhle 12, Gastrointestinal-Krankheiten 112, andere Krankheiten der Bauchhöhle 23, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 31, Marasmus senilis 32, Cachexia 16.

— Tod durch Zufall 17, Selbstmord 3. Mord 1.

— Andere Ursachen 10.

Nächste Sitzung d. deutschen ärztlichen Vereins, Montag den 5. October 1881.

Nächste Sitzung des allgem. Vereins St. Petersburger Aerzte, Dienstag den 13. October 1881.

Sitzung der geburtshülflichen Section Donnerstag den 8. October 1881.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 2 Октября 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh., Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

ST. PETERSBURGER

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg,
Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 41. St. Petersburg, 10. (22.) October. 1881.

Zur Casuistik der psychisch-epileptischen Aequivalente.

Von
Dr. A. Mercklin,
(Riga-Rothenberg).

Die in den letzten Jahren häufig mit dauerndem Interesse dem epileptischen Irresein zugewandte Beobachtung der Irrenärzte hat die Literatur mit einer Reihe von umfassenden Veröffentlichungen über diese Gruppe psychischer Alienation bereichert, so dass die nachfolgende Einzelbeobachtung nur ein casuistisches Interesse beanspruchen kann. Wenn ich dennoch die Publication der nachfolgenden Krankengeschichte an dieser Stelle für gerechtfertigt halte, so geschieht es, weil sie einen gewissermaassen in Statu nascenti zur Anstaltsbeobachtung gekommenen Fall repräsentirt, und gerade die «psychisch-epileptische Aequivalente» benannten, in klinischer und forensischer Hinsicht gleich interessanten transitorischen Störungen immer mehr der Aufmerksamkeit weiterer Kreise zugeführt zu werden verdienen.

Der 19-jährige Heinrich B., früher mehrfach als Diener thätig und mit guten Dienstzeugnissen versehen, war seit dem November 1880 in der hiesigen Anstalt als Hülfswärter angestellt und zeitweise als mein Aufwärter beschäftigt. Er erschien als ein kräftiger junger Mann, an dem weder in körperlicher, noch in psychischer Hinsicht Auffälliges zu bemerken war und kam allen seinen dienstlichen Obliegenheiten stets zur Zufriedenheit nach. Eine Neigung zu Abusus spirituosorum war nie bemerkt worden.

Am 18. Mai 1881 erschien B. übertrieben dienstfertig und geschäftig. Am Abend soll er mit anderen Wärtern die Zeitung gelesen und Karten gespielt haben, hatte ein geröthetes Gesicht, klagte über Kopfschmerzen und ging mehrmals zur Wasserleitung, um sich dort den Kopf mit Wasser zu berieseln und Umschläge zu machen. Um 10 Uhr ging er zu den Kranken in den Schlafsaal, kehrte aber bald zurück und erklärte dem Abtheilungswärter, dort könne er nicht schlafen, dort seien Thiere, er wolle bei einem anderen Wärter schlafen, er fürchte sich. Als man mit ihm sprach, wurde er sichtlich verwirrter, blickte wild um sich, sprach viel von Thieren und Feuer, schien dabei in grosser Angst zu sein, fing an blind um sich zu schlagen, biss in seine Arme, konnte kaum niedergehalten werden. Die Wärter der Abtheilung, welche B. als einen gesunden und nüchternen Menschen kannten, glaubten, dass er sich bald beruhigen würde und entschlossen sich erst, als seine Unruhe immer mehr stieg, von dem Vorfall Anzeige zu machen.

Als ich gegen 12 Uhr in die Abtheilung gerufen wurde, fand ich B. von drei Wärtern mit Mühe niedergehalten auf dem Bett liegen. Das Gesicht stark geröthet, Bulbi injicirt, Pupillen weit, auf Lichteinfall reagirend. Stürmische Herzbewegung. Fast unausgesetzt motorische Action, heftige Abwehrbewegungen bei meist starr nach oben gerichteten Augäpfeln und angstvollem Gesichtsausdruck. Pat. ist vollständig der Gegenwart entrückt, reagirt nicht auf Anrufen, schlägt wild um sich, beisst in seine Arme, in's Kissen, will fort. Die Hautoberfläche erscheint bei darauf gerichteter Prüfung gänzlich unempfindlich. Meist keine sprachliche Aeusserung, sondern nur Mienenspiel und stürmische, rücksichtslose Schädigungsversuche gegen sich und Andere. Von Zeit zu Zeit kurze Ausrufe, welche das Bestehen grosser Angst und massenhafter Gesichtshallucinationen beweisen: «Nun, nun — seht ihr — Feuer — Feuer — — es brennt — rasch, rasch, rach — giesst Wasser auf, Wasser — — Emil, bist du da, — komm doch — Emil, Emil — lösch aus, lösch aus — — und diese Kerle, sieh mal an, — und diese Käfer — seht ihr, sieh, nur —, diese Kerle, diese Käfer». Verschiedene äussere Vorgänge werden illusorisch percipirt und vermehren sichtlich die Angst. So geräth Pat. jedesmal in die grösste Unruhe, sobald man ein Licht seinem Kopf nähert und der Transport in die Isolirabtheilung ruft geradezu maasslose Agitation hervor. Es gelingt nur mit der

grössten Mühe Pat. zu entkleiden, in eine feuchte Einpackung zu legen und eine Kaltwassercompresse auf seinem Kopf zu halten. Er blickt angstvoll gegen die Wand und wälzt sich mit den Worten: «nun, nun — was denkt ihr! nein! — diese Käfer!» auf dem Boden umher. Erst gegen Morgen zweistündiger Schlaf.

19. Mai. Heute Morgen ganz stuporös. Setzt sich, als er aus der Einpackung genommen wird, in eine Ecke der Zelle und blickt starr gegen die Wand. Reagirt nicht auf Anrufe, wehrt Nadelstiche nicht ab. Nachher zum Closet geführt, lässt er Urin und Stuhl gehen, verlangt dann seine Kleider und die Schlüssel, die er gewöhnlich bei sich trägt. Wird überredet sich in ein Bett zu legen, geht aber zur Zelle und legt sich hier auf die Matratze in eine Ecke, «weil im Bett Thiere, Käfer, schreckliche Käfer sind». Versinkt dann bald in tiefen Schlaf, aus welchem er bei der Abendvisite nicht zu erwecken ist. Gegen 9 Uhr Abends erwacht, verlangt er aus der Zelle gelassen zu werden, schlägt, als dies nicht augenblicklich geschieht, gegen Thür und Wände und wird sehr unruhig. Von 12 Uhr an tiefer Schlaf bis zum Morgen des

20. Mai, wo Pat noch von Käfern spricht, aber sich geordnet ankleidet und das Frühstück nimmt. Bei der Morgenvisite scheinbar völlig lucid. Weiss, wo er sich befindet und kann nicht begreifen, wie er in die Isolirabtheilung gekommen, was denn mit ihm passirt sei, er habe ja noch gestern (!) Karten gespielt und sei dann schlafen gegangen. Erinnert sich nur, dass er hier viel Feuer und schreckliche Käfer gesehen und dass in allen Ecken Männer standen, welche auf ihn eindringen wollten. Für die vorgestrige Nacht und den gestrigen Tag besteht totaler Erinnerungsdefect. Den Tag über sieht Pat. etwas benommen aus, klagt, dass es ihm gleich schwindelig werde, wenn er sich hinlege und dass es ihm bei längerem scharfen Hinsehen auf einen Gegenstand grau vor den Augen werde. Die gerade herausgestreckte Zunge zittert nicht und zeigt keine Bissverletzung. Vegetative Functionen ganz in Ordnung. Pat. erhält von heute ab 5,0 Bromkali p. die. Am

21.—23. Mai zeigt Pat. ein gleichbleibendes Verhalten. Am Tage scheinbar ganz klar und orientirt, ganz sein gewöhnliches Aeussere und Wesen darbietend. Verlangt öfters wieder zum Dienst zugelassen zu werden. Gegen Abend beginnen visionäre Erscheinungen (Thiere, Käfer, drohende Männer), machen ihn ängstlich und verwirrt. Nachts mehrstündiger Schlaf.

24. Mai. Erscheint heute verdriesslich, mürrisch, nimmt durchaus keine Speise entgegen, glaubt durch Fasten eher gesund zu werden. Gehörshallucinationen stellt er in Abrede, doch habe er öfters starkes Ohrensausen. Die Gesichtshallucinationen beschreibt er in einem Brief an seine Schwester wie folgt: «Hast du es erfahren, dass ich wieder im Gefängniss bin, was der Grund zu dem ist, weiss ich nicht. Nur soviel kann ich dir mittheilen, dass ich am Abend beim zu Bett Gehen verschiedene Gestalten sehe, die mich nicht schlafen lassen, sobald ich mir die Decke über den Kopf ziehe, so machen sich die Profose das Vergnügen und trampeln mich zu Schanden».

Die Hallucinationen verlieren sich erst am 26. Mai. Von da an erscheint Pat. vollkommen lucid, wird in eine Abtheilung für ruhige Kranke versetzt, wo er bis zum 3. Juni durchaus normal erscheint und kleine Dienstleistungen verrichtet. Bromkali seit dem 2. Juni ausgesetzt, da Pat. weniger Appetit und eine belegte Zunge zeigt.

Am 3. Juni geräth er gegen Abend in Streit mit einem Kranken, soll ihn mit der Faust bedroht haben. Um 10 Uhr Abends drängt er plötzlich fort, will durchaus zur Stadt, er habe gehört, dass seine Schwester dort angekommen sei. Thatsächlich hat er keine derartige Nachricht erhalten. Sieht congestionirt aus, will durchaus nicht einsehen, dass er krank und jede Beurlaubung unmöglich sei, wiederholt immer dasselbe, er müsse seine Schwester sehen. Wird überwacht und erhält bald nacheinander je 1,25 Kal. bromat.

4. Juni. Nachts wenig geschlafen, früh aufgestanden. Vor der Morgenvisite gelingt es Pat. zu entlaufen, er wird in der Nähe der Anstalt im Walde liegend gefunden, «er habe zur Bahnstation gehen wollen, müsse fort, zu seiner Schwester». Zurückgeführt erscheint er verwirrt und wiederholt öfters den Wunsch entlassen zu werden, da er durchaus zu seiner Schwester müsse. Wird in die Isolirabtheilung versetzt und schläft Tagüber viel.

5. Juni. Heute nach ruhiger Nacht über seinen gestrigen Fluchtversuch interpellirt, will Pat. ihn durch die hallucinirte Nachricht von der Ankunft seiner Schwester motiviren, ist in der Zeit nicht orientirt, zeigt keine Krankheitseinsicht. Nimmt zu den Mahlzeiten nur wenig Speise. Am Abend will er den geschlossenen Garten der Abtheilung nicht verlassen, sprengt, als ihm der Oberwärter deshalb energische Vorstellungen macht, die Pforte des Gartenzauns, klettert über die Anstaltsmauer und rennt in der Richtung auf die Stadt fort. Den nachsetzenden Wärtern gelingt es erst in grösserer Entfernung den mit grosser Schnelligkeit laufenden Pat. zu erreichen; er beginnt jetzt sich mit Steinwürfen zu vertheidigen, schlägt, beisst, erscheint ganz alienirt. Hierher zurückgebracht wehrt er jede Ansprache mit Thätlichkeiten ab, hat offenbar wieder viel Sinnestäuschungen und grosse Angst. Verfällt bald in tiefen Schlaf.

6. Juni. Heute Morgen beim Erwachen ganz erstaunt, dass er hier und da kleine Hautabschürfungen hat, was denn mit ihm vorgefallen sei? Erinnert sich nur, dass er in der Nacht «von verschiedenen Männern gequält worden sei.» Will gestern Abend ruhig schlafen gegangen sein. Schüttelt lächelnd und ungläubig den Kopf, als ihm seine gestrige Flucht erzählt wird, er wisse nichts davon, so weit könne er ja auch garnicht in einem Strich laufen. Schläft heute den grössten Theil des Tages. Erhält von jetzt ab wieder 5,0 Kal. bromat. p. die.

7. Juni. Auch heute viel Schlaf. Erscheint sonst lucid, erinnert sich des Fluchtversuchs absolut nicht. Verlangt dringend, wieder zum Dienst zugelassen zu werden.

8. Juni. In der Nacht hat Pat. das Bettzeug in Streifen gerissen und einzelne Streifen an einander geknotet, schlief erst gegen Morgen ein. Behauptet heute, ein fremder grosser Mann sei ihm in der Nacht erschienen und habe drohende Bewegungen gemacht. Pat. habe sich Mittel verschaffen wollen, um den Eindringling zu binden. Erscheint heute verdriesslich und wortkarg, tagüber sind keine Sinnestäuschungen zu constatiren.

9. Juni. Nacht gut, erscheint heute freier, beschäftigt sich mit Lectüre. Am Abend wird Pat. plötzlich ängstlich, lässt mich rufen und nimmt unter Thränen Abschied, er

müsse in dieser Nacht sterben, ein fremder Mann sei in sein Zimmer getreten und habe es ihm verkündet. Sieht angstvoll an die Wand und will mich nicht fortlassen. Erhält 1,25 Chloralhydrat und schläft dann bald ein.

10. Juni. Hält heute noch an den gestrigen Sinnestäuschungen fest, erscheint aber in seinen Handlungen geordnet. Gegen Abend will er plötzlich fort, schlägt die Wärter, die ihn beruhigen wollen, muss isolirt werden.

11.—19. Juni. Pat. zeigt andauernd sein gewöhnliches, gesundheitsgemässes Verhalten. Keine Sinnestäuschungen. Vollkommene Einsicht für die schwere Affection, die ihn betroffen. Am

20. Juni aus der Anstalt entlassen, hat sich mir Pat. am 3. Juli gesund vorgestellt, seitdem sind keine Nachrichten über ihn zu erlangen gewesen.

Die beschriebene Psychose wurde von uns bei ihrem Beginn als psychisch-epileptisches Aequivalent angesprochen. Das plötzliche, nur durch ein kurzes, mit Kopffluxionen einhergehendes Prodromalstadium eingeleitete Hereinbrechen einer so tiefen Bewusstseinsstörung bei einem sonst normal erscheinenden jungen Individuum, der Mangel jedes occasionellen ätiologischen Moments, das ängstliche Delirium, das Vorwalten erschreckender Gesichtshallucinationen, die maasslose Gewaltthätigkeit mussten von vorn herein die Vermuthung einer epileptischen Störung nahe legen. Der weitere Verlauf rechtfertigte diese Vermuthung, indem ein verhältnissmässig schneller Uebergang in Lucidität eintrat, in welcher das Bestehen einer fast vollständigen Amnesie für die krankhaften Erscheinungen sich deutlich ergab,

Doch genügten diese Einzelheiten nicht zu der sicheren Annahme eines epileptischen Irreseins. Denn das Vorkommen ganz gleichartiger transitorischer Bewusstseinsstörungen ohne jede epileptische Basis ist, wenn auch überaus selten, so doch nicht zu läugnen — Fälle die meist als Mania transitoria beschrieben worden sind — und Samt [1] ging gewiss zu weit, wenn er aus dem Symptomencomplex der einmaligen Störung allein den genetischen Zusammenhang mit Epilepsie sicher zu erschliessen meinte.

Wichtiger erscheinen mir die nachträglichen anamnestischen Erhebungen, welche ergaben, das Pat. zweimal in seinem Vorleben Bewusstseinsverluste mit allgemeinen Convulsionen erlitten hat. Der erste derartige Zufall trat nach Angabe der Mutter (welche wie die Schwestern des Pat. als psychisch normal erscheint, während der Vater Gewohnheitstrinker sein soll) im neunten Lebensjahr ein, nach einem heftigen Schreck. Der Pat. selbst giebt an, dass er vor zwei Jahren, während er auf dem Lande als Diener beschäftigt war, einmal ohne nachweisbare Ursache plötzlich das Bewusstsein verlor und nachher von seinem Herrn, einem gebildeten Gutsbesitzer erfuhr, dass er zu Boden gestürzt sei und «epileptische Zuckungen» gehabt habe. Ist auch, seitdem Westphal zuerst hierauf die Aufmerksamkeit lenkte [2], das Vorkommen epileptischer und epileptoïder Zufälle unter den Antecedentien und Symptomen der verschiedensten neuro- und psychopathischen Zustände häufig beobachtet worden, und erscheint deshalb hieraus nicht sofort ein Schluss auf den Charakter der Psychose erlaubt, so scheint mir doch in dieser Beziehung ein Unterschied zwischen den epileptoïden und den classischen Krampfanfällen mit vollständiger Aufhebung des Bewusstseins statuirt werden zu müssen. So häufig wir dem Vorkommen epileptoïder Zufälle in der Anamnese der verschiedensten Psychosen begegnen, so selten ist, die progressive Paralyse ausgenommen, das Vorhergehen grosser Krampfanfälle mit Bewusstseinsverlust bei nicht epileptischen Psychosen.

[1] Archiv f. Psychiatrie, Bd V.

[2] Archiv f. Psychiatrie III, 156.

Wenn ich nach Allem es für durch die grösste Wahrscheinlichkeit begründet halte, die Krankheit des B. für eine Aeusserung der Epilepsie anzusehen, so stütze ich meine Ansicht noch besonders auf den Umstand, dass der Krankheitsverlauf sich in zwei durch ein längeres lucides Intervall getrennten Phasen von typischer Gleichheit darstellt. Ich halte diese periodische Wiederkehr gleicher, anfallsweise auftretender, tiefer Bewusstseinsstörungen für in hohem Grade charakteristisch für die epileptische Natur der betreffenden Zustände. Wegen dieser Wiederholung ist die Krankheit des B. speciell unter die protrahirten oder schnell recidivirenden Aequivalente Samt's einzureihen.

Ob man die in Rede stehenden transitorischen Psychosen mit Samt als Aequivalente eines epileptischen Krampfanfalls oder mit Sommer [1] als Rudimente eines solchen bezeichnet, scheint mir für ihre klinische Werthschätzung von geringerer Bedeutung, da wir über den ihnen zu Grunde liegenden cerebralen Vorgang kaum mehr als Hypothesen besitzen. Wichtig erscheint es mir jedoch, mag man nun die eine oder die andere Bezeichnung der Auffassung gemäss vorziehen, derartige transitorische Störungen, wie sie eben so oft einem classischen Paroxysmus folgen oder von einem solchen unterbrochen werden, wenn sie isolirt vorkommen auch durch den Namen als der Epilepsie zugehörig anzuerkennen und hiermit einer Auffassung [2] entgegen zu treten, welche in ihnen nur eine bei Epileptikern häufige vorkommende Complication erblickt.

Bei dem häufigen Vorkommen gewaltthätiger, unter das Strafgesetz fallender Handlungen während dieser transitorischen Psychosen, ist ihre Wichtigkeit für den Gerichtsarzt bekanntlich eine grosse und dürfte hier in zweifelhaften Fällen, bei gleichzeitiger Erwägung aller der incriminirten Handlung unmittelbar vorausgehenden und ihr folgenden Umstände, der Nachweis eines früher einmal bei dem Beklagten stattgehabten epileptischen Insults oft von entscheidender Bedeutung sein.

Rothenberg, im August 1881.

Referate.

W. Kusmin: Zur Frage der Hospitalgangrän. (Wratsch. №№ 24 und 24.)

Nach einer längeren Einleitung, in welcher Verf. die verschiedenen Anschauungen über Hospitalgangrän einer Besprechung unterzieht, entwirft derselbe ein Bild der Verhältnisse im Militärhospitale zu Sistowa im Winter 1877/78 und weist nach, dass der Hauptgrund der Anfang Februar ausbrechenden Hospitalgangrän in den mangelhaften hygieinischen Verhältnissen und der kolossalen Anhäufung von Patienten zu suchen sei.

Während bereits gegen Ende 1877 einige verdächtige Wundverläufe auf eine drohende Epidemie hinwiesen, brach dieselbe Anfang Februar aus und dauerte bis zum Mai, bis sich die Möglichkeit einstellte, die inficirten Patienten zu isoliren und gründliche Desinfection zu üben.

[1] Archiv f. Psychiatrie XI, 564 f. f.

[2] cf. Holländer in den Jahrb. f. Psychiatrie 1881.

Im Ganzen erkrankten 94 Patienten an Hospitalgangrän, von ihnen starben 39, mithin 41,4 %. — Mehrfach hatte Verf. Gelegenheit die von Pirogow als «scorbutico-haemorrhagica» bezeichnete Form zu beobachten und gegenüber Heine betont Verf., dass in keinem einzigen der Fälle Rachendiphtheritis vorhanden, also von dort aus die Infection nicht übertragen werden konnte.

Therapie. Ausser Isolirung und Desinfection der Luft erwiesen sich als brauchbar, bei der *ulcerösen Form* concentrirte *Chlorzinklösung*, bei der *diphtheritischen — Ol. terebinthin.* und bei der *haemorrhagischen — Ferrum sesquichloratum.* Ferner wurden auch Carbollösung (2½ %) und Chlorkalk angewandt. P.

E. Hahn: Die operative Behandlung der beweglichen Niere durch Fixation. (Centralbl. f. Chirurg. 1881. № 29.)

Es ist neuerdings mehrmals darauf hingewiesen worden, dass nach Exstirpation einer Niere, die andere zu Erkrankungen sehr geneigt scheine und daher vor Entfernung von einfacher Wanderniere gewarnt worden. Um so freudiger ist die neue Methode des Verf. zu begrüssen, die diesem oft plagenden und doch nicht lebensgefährlichen Leiden Abhilfe schafft. In zwei Fällen hat Verf. die Wanderniere (rechte) durch Nähte fixirt, und dadurch in einem Fall radicale Heilung von allen grossen Beschwerden erzielt, in dem anderen nur grosse Erleichterung, hier war auch die linke Niere beweglich, wenn auch weniger. Die Operation wurde folgendermassen ausgeführt: In linker Seitenlage des Pat. macht Verf. am Seitenrande des M. sacrolumbalis eine Incision von der zwölften Rippe nach der Crista oss. il. senkrecht herunter, durchschneidet die Haut, den M. latissiums dorsi, trennt die oberflächliche Fascie des M. sacro-lumbalis und zieht den Muskel mit Haken nach innen. Darauf Durchschneidung des M. quadrat. lumb. und des äusseren, fibrösen Blattes des Peritonaeum. (Die Niere ist nach hinten vom fibrösen, nach vorn vom serösen Bla t des Peritonaeum bedeckt, es wird also bei dieser Durchtrennung die Peritonaealhöhle nicht eröffnet). Nun drängt Verf. die in ihrer Capsula adiposa befindliche Niere von der Bauchseite aus stark nach hinten in die Wunde und näht sie mit sechs bis acht Katgutnähten an. Der Verlauf war reactionslos. Da sich aber bei beiden Pat. im Lauf der Zeit die festsitzende Niere ein wenig gelockert hat, macht Verf. noch folgenden Vorschlag: Man solle künftig die Capsula adiposa am convexen Rande der Niere aufschneiden, dieselbe von der hinteren Fläche der Niere stumpf ablösen und den abgelösten Theil in der Wunde festnähen, ferner die Niere so tief wie möglich, d. h. an der Beweglichkeitsgrenze nach unten fixiren, um ihr so einen festen Stützpunkt zu geben und Zerrung beim Stehen zu vermeiden. T.

H. Schulz: Parallelismus der Wirkungsart bei Coniin und Curare. (Ztschr. f. kl. Med. III, 1.)

Veranlasst durch die Unsicherheit der versch. Curaresorten und des aus denselben dargestellten Curarins, hat S. das Coniinum hydrobromatum experimentell (an Kaninchen) geprüft und empfiehlt dasselbe als Ersatz für Curare. Es wirkt gleich dem letzteren lähmend auf die motorischen Nervenendigungen; die geringen beim Coniin. hydrobrom. auftretenden Muskelzuckungen sind den bei Curare-Vergiftung beobachteten analog. Die Herzbewegungen bleiben intact bis zu Ende. Auch die Nervencentra scheinen nicht direct afficirt zu werden, das Sensorium bleibt klar bis kurz vor dem Tode (Schierlingstod des Sokrates, cf. Plato's Phaedon.)

Die Dosis würde die für das reine Coniin in den Pharmakopöen angegebene sein; das Coniinum hydrobromatum löst sich leicht in Wasser und ist weit haltbarer als das reine Alkaloid.

Verf. findet seine Resultate in Uebereinstimmung mit den gleichzeitigen Untersuchungen von Prevost (Recherches relatives à l'action physiologique du bromhydrate de conine. Arch. de Physiol. norm. et pathol. 1880 pp. 40—73.) —o—

Werth: Eine Porro'sche Operation, ausgeführt vor Anfang der Geburt an einer schon zwei Mal durch Sectio caesarea Entbundenen, mit glücklichem Ausgang für Mutter und Kind. (Archiv für Gynäkologie 1881. B. 18. H. 2. pag. 293—306.)

Der Fall betrifft eine 38 jährige III para, an der Verf. wegen hochgradiger, auf rhachitischer Grundlage beruhender Beckenenge, bei einer Conj. vera von circa 4 Ctm., den Kaiserschnitt nach Porro ausführte. An der Pat. war schon 2 Mal die Sectio caesarea nach alter Methode ausgeführt worden. Als Zeitpunkt für die Operation wählte Verf., um günstigere Aussichten auf Genesung zu gewinnen, dem Veit'schen Vorschlage gemäss, die 2—3 Woche vor der zu erwartenden Geburt. Nach Eröffnung der Bauchhöhle durch einen circa 25 Ctm. langen Hautschnitt wurde der Uterus vor die Bauchdecken gebracht, mit dem Esmarch'schen Schlauch in der Gegend des Isthmus umschnürt, sodann median eröffnet und das tief asphyktische Kind am Kopf extrahirt. — Die Wiederbelebung desselben nahm circa 20 Minuten in Anspruch, was die Fortsetzung der Operation aufhielt. — Darauf wurde mit Kaltenbach'scher Nadel oberhalb des Esmarch'schen Schlauches und 3 Ctm. unter den ovarien eine elastische Doppelligatur angelegt und der Uterus 3 Ctm. Oberhalb derselben abgetragen. Der Uterusstumpf wurde nach Hegar'scher Vorschrift eingenäht, die Schnittfläche mit dem Thermocauter oberflächlich verkohlt und diese, ebenso wie die äussere Fläche des Stumpfes mit 10 % Chlorzinklösung bestrichen, endlich das Schnürstück mit einer Schicht von Natron benzoic. bedeckt. Das Bestreuen mit benzoesaurem Natron wurde während der Reconvalescenz täglich wiederholt und Verf. empfiehlt dieses Verfahren aufs Wärmste. Der Verlauf war glatt bis auf einige beunruhigende Erscheinungen in den ersten Tagen nach der Operation. W.

T. Bornhaupt: Ein Fall von linkseitigem Stirnhöhlen-Osteom, aus der chirurgischen Klinik von Geheimrath Volkmann in Halle, nebst Bemerkungen über die in den Nebenhöhlen der Nase sich entwickelnden Osteome. (Arch. für klin. Chir. Bd. XXVI. Heft 3.)

Im vorigen Jahr exstirpirte Volkmann mittelst Aufmeisselung der linken Stirnhöhle ein sog. eingekapseltes Orbital-Osteom, das den Bulbus nach unten und aussen verdrängt hatte, von höckeriger Oberfläche, elfenbeinharter Consistenz und 50 Grm. schwer war; seine Maasse waren 5,8 Ctm., 3,3 Ctm. und 3 Ctm. Der Tumor sass fest an der Stirnhöhlenwand und musste von hier mit Gewalt abgesprengt werden. Anknüpfend an diesen Fall hat nun Verf. alle bisher in der Literatur gemeldeten Fälle von Osteomen, nicht nur der Stirnhöhle (23) sondern auch des Siebbeinlabyrinths (11), des Antrum Highmori (10) der Keilbein- oder Siebbeinhöhlen (5), zusammen 49 Fälle von eingekapselten Orbital-Osteomen gesammelt, sie ausführlich mitgetheilt und ihre Symptomatologie besprochen, so weit sie aus den Mittheilungen zu entnehmen ist. Alle Details übergehend geben wir hier nur die Resultate der Untersuchung wieder. Alle bisher beobachteten Osteome der gen. Höhlen sind wandständige Exostosen; die Theorie Virchow's, dass diese Tumoren Enostosen seien, d. h. in der Diploë entstünden und die Corticalis vorwölben, hat sich bisher kein Mal bewahrheitet. Eingekapselt dürfen die Tumoren nur genannt werden, weil sie die betreffende Höhle allmälig füllen und die Wände der letzteren dann später eine Kapsel für die Geschwulst bilden. Kleine Osteome der Höhlen sind nicht so ganz seltener Befund von Sectionen, auch an Thieren sind sie beobachtet. Sieb- und Keilbein werden am häufigsten heim gesucht, überhaupt kommen diese Osteome ja an Knochenregionen vor, an denen am häufigsten Variationen in der Entwickelung zu finden sind, d. h. accessorische Knöchelchen. Dieser Umstand, so wie die Beobachtung, dass das Wachsthum dieser Osteome stets in der Entwickelungszeit der betreffenden Knochen auftritt, (81 % im Alter vor 30 Jahren, die Stirnhöhlen bilden sich erst spät) wie ähnlich die multiplen Exostosen der Epiphysenlinien aus der Pubertätszeit datiren, weisen darauf hin, dass der Grund zu solchen Tumorenbildungen in Entwickelungsstörungen zu suchen. Da an dem gewöhnlichen Standort dieser Osteome knorpelig praeformirte Knochen mit häutig angelegten zusammenstossen, könnte man beide beschuldigen, Verf. weist jedoch die Annahme, dass die Osteome aus fötalen Knorpelresten entstanden zurück, da Spuren von Knorpelgewebe nie in den Tumoren gefunden worden, dagegen aber mehrmals neben Orbital-Osteomen multiple Exostosen und Enostosen anderer häutig praeformirter Knochen beobachtet werden und andererseits in Fällen von multiplen ossificirenden Ecchondrosen des Rumpfes und der Extremitäten niemals Orbital-Osteome gesehen worden sind. Verf. sieht also die Orbital-Osteome für Exostosen an, die direct aus dem Periost hervorgehen, wie alle übrigen Exostosen der Gesichts- und Schädelknochen, nur ihr Standort giebt ihnen klinisch ein besonderes Gepräge. T.

Prof. Rindfleisch (Würzburg): Tuberculose. (Virchow's Archiv 1881, Bd. 85, S. 71—83.)

R. hält die Tuberculose für eine unzweifelhafte Infectionskrankheit, aber für eine solche, an welche sich, ähnlich wie an den Aussatz, das Menschengeschlecht bis zu einem gewissen Grade angepasst hat, und deren ursprünglicher Charakter daher nur bei der Uebertragung auf solche Wesen zum Vorschein kommt, welche an dieser Anpassung keinen Antheil haben. Die Tuberculose ist ihm also eine inveterirte Infectionskrankheit, mit deren Gift das ganze Menschengeschlecht durchseucht ist. Die meisten Individuen sind hierdurch wenigstens gegen die kleineren Anwandlungen von aussen immun; und zwar tragen gute Ernährung und reichliche Blutbildung wesentlich dazu bei, den Organismus gegen die Wirkungen des allverbreiteten Giftes zu schützen. Fehlt es hieran, so kann die Tuberculose auch bei scheinbar ganz gesunden Individuen wieder zum Vorschein kommen; sie reproducirt dann ihr Gift oft massenhaft und überträgt es den Kindern durch Vererbung. Die erblich Tuberculösen sind erfahrungsmässig noch schlechter geeignet, im Kampfe gegen das fatale Erbgut zu bestehen.

Das Charakteristische der Tuberculose ist, dass entweder durch das Tuberkelgift allein (disseminirte Tuberculose) oder im Verein mit anderen namentlich mechanischen Reizen (localisirte Tuberculose) ein Entzündungsprocess entsteht, welcher einen ganz eigenthümlichen Verlauf nimmt. Zu den Erscheinungsformen der tuberculösen Entzündung rechnet der Verf. nicht bloss

1) die disseminirte Miliartuberculose, bei welcher sich in den meisten Organen des Körpers miliare und submiliare Knötchen finden;

2) die mehr localisirte Miliartuberculose, bei welcher sie sich

hauptsächlich nur in einem einzelnen Organ (Lunge, Hirn, Peritonäum) finden; sondern auch

3) die localisirte Miliartuberculose, wo sich um eine entzündete Stelle eines Organs in weiterem und engerem Umkreise Miliartuberkel gestellt finden, bis dieselben schliesslich in die Zusammensetzung des Entzündungsherdes selbst eingehen (eigentliche Phthisis tuberculosa); und

4) Entzündungsprocesse, namentlich Verschwärungen, von schleppendem Verlauf mit geringer oder gar keiner örtlichen Entwickelung von Miliartuberkeln, dagegen fast ausnahmslos mit Lymphdrüsentuberculose verbunden (chronisch-käsige und scrophulöse Entzündungen).

Was allen diesen Processen gemeinsam ist, was nicht bloss den miliaren Tuberkel, dieses specifische Product der Tuberculose, sondern auch die nichtmiliaren Entzündungsprocesse der mit erblicher Tuberculose behafteten charakterisirt und den schleppenden Verlauf, die Neigung zu Recidiven, zur Verkäsung des Infiltrates, zur Bildung atonischer Geschwüre, welche jenen Processen eigen, eigentlich verursacht, das ist nach des Verf. Untersuchungen Folgendes.

Die tuberculöse Entzündung zeichnet sich gegenüber der gewöhnlichen dadurch aus, dass sie auf ganz unscheinbare Reizungen hin entsteht, die bei gesunden resp. immunen Individuen höchstens eine vorübergehende Fluxion ohne alle bleibende Folgen erzeugt hätten. Das Entzündungsproduct ist — abgesehen von den Erscheinungen in den Gefässen — eine langsam wachsende Ablagerung von farblosen Rundzellen, wie sie in allen Exsudaten vorkommen, im Bindegewebsapparat des gereizten Theiles. Nachdem das Exsudat längere Zeit an Ort und Stelle verweilt hat, zeigen sich eine Anzahl von Besonderheiten dieser Zellen:

1) Ein Theil der Exsudatzellen nimmt epithelioiden Charakter an und wird zu den vom Verf. als Tuberkelzellen bezeichneten, das 3—5-fache der farblosen Blutkörperchen an Grösse betragenden Gebilden. Ihr Protoplasma ist feinkörnig und matt glänzend. Der Kern oder die Kerne sind etwas grösser als die Kerne der farblosen Blutkörperchen, oval, blass, mit Kernkörperchen und doppeltem Kernsaum. Die epithelioiden Zellen treten zuerst etwas regellos verstreut in der specifischen Neubildung auf. Dann häufen sie sich an gewissen Stellen und in gewissen Richtungen, besonders an der Oberfläche irgend welcher Binnen- und Spalträume im Bindegewebe an, aus diesem continuirlich herauswachsend und mit ihm in ununterbrochenem, allmäligem Uebergange stehend. Man findet sie später stets in zusammenhängenden Continuitäten, die von aussen ernährt werden müssen oder da, wo die Ernährungsterritorien der Blutgefässe in Binnenspalten des Bindegewebes aneinanderstossen.

2) Ein den Epithelzellen noch mehr nahestehendes Product der tuberculös entzündlichen Neubildung — wenn auch nicht gerade pathognomonisch für sie — sind die häufig in ihr auftretenden vielkernigen Riesenzellen. Ihre anatomische Structur sowohl wie ihr Verhalten in der Neubildung weisen ihnen ihren Platz neben den Epithelzellen an. Sie können in der Neubildung verhornen (Schüppel), und stellen häufig in ihr den Mittelpunkt kleiner Abscesse dar, erscheinen also hier als ein leicht isolirbares, abhebbares Gebilde, gegen welches sich der Strom der eitrigen Exsudation, wie gegen eine freie, epitheltragende Oberfläche richtet (wie dies insbesondere an der Art des Fortschreitens der Verschwärung an den fungösen Granulationen eines phthisischen Gelenkes beobachtet werden kann).

3) Nachdem sich durch die Anhäufung der epithelioiden Zellen gewisse Centra der Neubildung ergeben haben, tritt eine ziemlich grobkörnige Eiweisssubstanz, von der Verf. es unentschieden lässt, ob es geronnene Lymphe oder zur Entwickelung kommende Zoogloeamasse ist, in der Mitte dieser Dinge auf und drängt die Zellen theils auseinander theils hüllt sie sie ein. Die Zellen, welche sich im Allgemeinen senkrecht gegen die Axe oder den Mittelpunkt der epithelioiden Stränge und Knoten stellen („winkelförmige" Anordnung der Tuberkelknoten), verlieren zum Theil ihre Kerne und verschmelzen zu einer immer gleichartiger werdenden faserigen Substanz, zum Theil lagern sie sich in den wenig zahlreichen Spalten und Spältchen des fasrigen Products ab. Schliesslich kann ein Gewebe resultiren, das mit einem neugebildeten Bindegewebe nebst Saftcanälen die grösste Aehnlichkeit hat.

4) Es tritt endlich die Verkäsung der tuberculösen Entzündungsproducte ein, welche Verf. als Nekrose aus Mangel an Nahrung auffasst.

Diese Besonderheiten des tuberculösen Entzündungsprocesses finden sich in allen vorhin kurz skizzirten Erscheinungsformen der Gesammtkrankheit wieder. So z. B. in den chronischen Entzündungen erblich tuberculöser Individuen, welche bei denselben auf ganz leichte, für (das Tuberkelgift) immune Menschen unschädliche Reize entstehen und Infiltrate von Rundzellen im Bindegewebe der kranken Stellen hinterlassen; diese haften lange daselbst, nehmen hierbei gern den epithelioiden Charakter an, verkäsen später und führen zur langsamen Zerstörung (Inflammatio et Phthisis scrofulosa). Man darf aber hoffen, durch Umstimmung der kranken Stellen eine gesunde Granulation und Heilung zu erzielen. Au.

J. Petrowsky: Ueber den Einfluss fieberhafter Krankheiten auf vorhandene Syphilis. (Wratsch. № 22).

Wohl von den meisten neueren Syphilidologen wird dem Fieber eine gewisse Einwirkung auf den Syphilisprocess zugeschrieben, jedoch finden sich in den bekannten Lehrbüchern keine Hinweise darauf, dass durch Fieber Syphilis geheilt werden könne. Dieses wird jedoch bereits in einem älteren Handbuche von Girandeau aus den 30 er Jahren gelehrt und haben sich namentlich russische Aerzte (Elzinsky, Eylandt, Berenson und Lawrentjew) mit dieser Frage beschäftigt.

Verf. theilt uns 3 Krankengeschichten mit:

I. Ein 30-jähriger Mann, kräftiger Constitution leidet seit ½ Jahr an Syphilis, die Quecksilbercur lässt die Symptome nur langsam zurückgehen; nach c. 1½ monatlicher Cur erkrankt er an Variola vera und nachdem er dieselbe überstanden, waren die Zeichen der Syphilis geschwunden; seitdem sind mehrere Jahre vergangen und Pat. ist gesund geblieben.

II. 27-jähriger Soldat, hat vor 1 Jahr Syphilis gehabt. Vergrösserung einer Mandibulardrüse hinterblieben, die während eines Abdominaltyphus abscedirt (zweifelhafter Fall. Ref.)

III. 23-jähriger Soldat, mit deutlichen Zeichen von Syphilis erkrankt an Erysipelas faciei mit hohem Fieber. Nachdem die Rose geschwunden, sind keinerlei Zeichen von Syphilis mehr zu entdecken, obgleich keine specifische Cur eingeleitet worden. Seit mehreren Jahren unter Beobachtung stets frei von Syphilis. (Abgekürzter Verlauf der Syphilis durch Typhuserkrankung ist vom Ref. öfter beobachtet worden.) P.

A. Breisky: Ein neuer Fall von Sectio Caesarea nach Porro's Methode mit günstigem Ausgang für Mutter und Kind. (Centralblatt f. Gynäkologie 1881 № 10 p. 228.)

Pat. 28 J. alt, I para, 140 Ctm. lang. Stark geneigtes, exquisit plattes, rachitisches Becken. Spin. il. 23,7, Cr. il. 23,8, Tr. 38,6, D. B. 16,5. Conj. diag. 8,5 Ctm., Conj. Ver. 6,7—7,2 Ctm. geschätzt. — Am 19. Januar Abgang des Fruchtwassers. Am 21. Januar wurde die Operation auf Wunsch der Mutter, die durchaus das kindliche Leben erhalten wissen wollte, vorgenommen.

Grosser Bauchschnitt, bis 4 Querfinger über dem Nabel. Vorlagerung des uneröffneten Uterus, Umlegen zweier starker Eisendrahtschlingen im Cintrat'schen Schlingenschnürer um den Supravaginaltheil, die Schlingen vorläufig nicht zugeschnürt. Incision des Uterus, nicht mit der Placenta collidirend. Nach Entwickelung des leicht asphyktischen Kindes, Zuschnüren der Drahtschlingen unter Zurücklassung der Placenta, Abtragung des Uterus mit Tuben und beiden Ovarien. Verschluss der Wunde mit tiefgreifenden Silber- und oberflächlichen Seidensuturen, Versorgung des Stumpfes im unteren Wundwinkel. Listerverband. Verlauf durchaus glatt, nur am 2. Tage eine Temperatur von 38,4. Nach 6 Wochen geheilt entlassen. W.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

A. Hegar und R. Kaltenbach: Die operative Gynäkologie mit Einschluss der gynäkologischen Untersuchungslehre. Zweite gänzlich umgearbeitete und vermehrte Auflage, 1. Hälfte. Stuttgart. 1881. Ferdinand Enke. 386 S.

1874 erschien die erste Auflage dieses Werkes. Seit der Zeit ist die operative Gynäkologie durch Einführung der antiseptischen Methode in eine andere Phase getreten, Operationen, an die man sich damals nur schüchtern wagte, haben jetzt volles Bürgerrecht erlangt und so ist es denn auch selbstverständlich, dass die Verf., dem Rechnung tragend, ein umfassendes, die einschlägige Literatur bis auf die letzten Tage berücksichtigendes Werk in die Welt sandten. Besonders reichhaltig sind die Capitel, welche die Ovariotomieen und die Castration behandeln. Letzteres Capitel ist in der ersten Auflage noch nicht vorhanden.

Näher auf den Inhalt einzugehen, verbietet uns hier der Raum; wir können dieses Werk nur aufs Wärmste den Fachcollegen empfehlen und sehen mit Spannung der 2. Hälfte desselben entgegen. Druck und Ausstattung des Buches sind gut. W.

A. Wernich: Die Medicin der Gegenwart in ihrer Stellung zu den Naturwissenschaften und zur Logik. Berlin, G. Reimer 1881. 52 S.

Auf diesen, den Stempel unverblümter Wahrheit tragenden, schön und markig geschriebenen «Beitrag zu den Zeitfragen unserer Wissenschaft» möchten wir die Collegen hiermit, unter knapper Andeutung des interessanten Inhalts, aufmerksam machen. Nachdem Verf. gezeigt hat, welche Art von Selbstgefühl, im Gegensatz zur Hufelandperiode (wo man der Unvollkommenheit bereits bewusst war, sich aber noch listig in die Reste von Hippokrates Purpurmantel, der recht löcherig geworden, hüllte), die Heilkunst der letzten vier Jahrzehnte erfasst hat, giebt er zu erwägen, wie sehr wir, trotz aller Errungenschaften der Neuzeit, noch Grund haben, vorsichtig und bescheiden aufzutreten. Alsdann bespricht er die Wege, auf welchen jetzt fortgeschritten werden müsste und empfiehlt zunächst, dass die präakademische Bildung, so lange es sich noch um eine unfertige, eine naturwissenschaftlich zu vertiefende Medicin, nicht allein um Können, sondern auch um Wissen handle, keine rein realistische sei; dass beim Universitätsunterricht die Physiologie eine

selbstständige, medicinische *Logik* wachrufe und in Deutschland (wo der medicinische Cursus nur 4 Jahre dauert) zwischen Tentamen physicum und Klinik ein Lernjahr eingeschoben werde (Untersuchungsmethoden, path. Anatomie, Geschichte der Medicin.) Beim Eintritt ins eigentliche Berufsleben sei man dessen stets eingedenk, dass vom Arzt zu jeder Stunde des Lebens und unter den erschwerendsten Verhältnissen klares Denken und zweckentsprechendes Handeln gefordert wird, verfalle dabei aber nicht, indem man beständig, Tag und Nacht, auf dem Anstande liegt, dem nackten Schematismus oder andererseits jener zur Praxis unfähig machenden Schwerfälligkeit, welche in Augenblicken eigener leiblicher Schwäche und herabgesetzten Dankvermögens, den hülfesuchenden Kranken ganz zurückweist. Wird eine Specialität gewählt, so hüte man sich davor, *zu sehr* «Professionist» zu werden, denn immer wird *der* für den zuverlässigeren Fachmann gehalten, der sich die lebendige Fühlung mit dem allgemeinen ärztlichen *Wissen* zu bewahren im Stande war. — In späteren Jahren, wenn der Druck der äusseren Verhältnisse, welcher den jungen Mediciner in mannigfaltiger Gestalt bedroht, nachgelassen hat und unterdessen nicht alle Denkkraft, Frische und Kritik geschwunden sind, scheue man sich vor gedankenloser Bonhommie und servilem Opportunismus (die jetzt fast zum guten Ton gehören) und bedenke, dass diesen Giftbäumen durch die sich bahnbrechende Achtung vor dem ärztlichen *Können* und die zunehmende Erkenntniss unserer eigentlichen Aufgaben, die Axt bereits an die Wurzeln gelegt ist. — Was schliesslich die Thätigkeit der ärztlichen Vereine anbetrifft, so glaubt W., dass diese sich fernerhin auch gegen den Missbrauch, der mit Titeln und Consultationen getrieben wird, zu wenden habe und die gelehrten Gesellschaften dem Wust unreifer medicinischer Publicationen, wie sie die Neuzeit hervorbringt, strafend entgegen treten müssten. F—t.

Russische medicinische Literatur.

№ 238. **Wratsch.** № 40.

Inhalt: a) Prof. M. Horwitz: Vereiterung der Wandungen bei Ovariencysten, vom klinischen Standpunkte betrachtet.
b) M. Lokostowa: Ein Fall von Hypertrophie der Cervix uteri. (Aus der Klinik des Prof. J. Tarnowski.)
c) G. Herzenstein: Materialien zu einer künftigen Geschichte der medicinischen Bildung in Russland.
d) W. Nagorski: Ueber das Verhältniss der vitalen Capacität der Lungen zur Länge und zum Gewicht des Körpers.
e) N. Iwanow: Ueber die Dauer des Flecktyphus unter dem Einfluss des Alters der Kranken und einiger anderen Bedingungen.
f) J. Malijew: Einige Worte über «Erkältungsfieber».
g) Agapitow: Zur Behandlung der Hühnerblindheit (Hemeralopie.
h) M. Rosenhart: Aus der Praxis eines Provinzialarztes.

№ 239. **Wratschebnija Wedomosti.** № 38.

Inhalt: J. Kawer: Ueber die Bedingungen zur Entwickelung der Diphtheritis.
b) F. Treskin: Die Affectionen der Regio mastoidea, ihr Charakter und Verlauf.
c) J. Ucke: Die Rekrutenaushebungen im Ssamara'schen Gouvernement in den Jahren 1875—76—77.
d) Gatschkowski: Kumyss bei Cholera infantum.

№ 240. **Klinitscheskaja Gaseta** № 27.

Inhalt: a) N. Ssimanowski: Ein grosser Polyp des Kehlkopfes, operirt nach intralaryngealer Methode.
b) W. Bechterew: Trophische Veränderungen der Haut bei Krankheiten des Nervensystems.
c) A. Döpner: Materialien zur Geschichte der Wetljanka-Pest.
d) S. Warschawski: Rundzelliges Sarkom des Bauchfells (Schluss).

№ 241. **Wojenno-Sanitarnoje Djelo** № 23.

Inhalt: a) Pr—s: Ueber die Nahrung bei der Marine.
b) Maximow: Vervollkommnung der Feldbaracken durch C. Völkner.

№ 242. **Westnik Wodoletschenija.** October-Heft.

Inhalt: a) W. W—z: Die Scrophulose und ihre Behandlung.
b) Diatroptow: Zur Kumyssfrage.
c) N. Sljunin: Die Mineralwässer Sibiriens.
d) P. Oldekop: Der Schlamm des Tinak-See's bei Astrachan (Schluss).
e) R. Palm: Die Eisenquellen in Slawinek und Brunowitsch bei Lublin.

№ 243. **Sitzungsprotocolle der Charkowschen medicin. Gesellschaft** 1881 № 5—10.

№ 87. **Beilage zu den Sitzungsprotocollen der Charkowschen med. Gesellschaft** 1881, Lief. I.

Inhalt: a) Kalmykow: Ueber die Wirkung der Flores convallariae majalis.
b) Herzenstein: Die Sehschärfe, untersucht bei 27,682 Soldaten des Charkowschen Militärbezirks.

Tagesereignisse.

— Der Gesundheitszustand Pirogow's soll der in Kiew erscheinenden «Sarja» zufolge ein recht bedenklicher sein. Ungeachtet dessen arbeitet er unermündlich am 2. Bande seines Werkes über den Sanitätszustand unserer Truppen im letzten türkischen Kriege weiter und soll nach Beendigung dieses Werkes noch eine Selbstbiographie schreiben wollen.

— In Strassburg ist Prof. Dr. Schüzenberg, ehemaliger Director der medicinischen Klinik, im 72. Lebensjahre gestorben.

— Dr. M. Okulow, ein noch junger und in seinem Wirkungskreise beliebter Militärarzt im Terek-Gebiet, ist in der Nacht auf den 23. August erdrosselt worden. Die Thäter sind bis jetzt noch nicht ausfindig gemacht.

— Der Director des Veterinär-Instituts in Kasan, Dr. Seifmann, ist, wie wir in der «Wiener Allg. Ztg.» lesen, vom Kaiser von Oesterreich zum Prof. der medicinischen und chirurgischen Klinik und zugleich leitenden Director der Thierarzneischule in Lemberg ernannt worden.

— Die Entscheidung über die Besetzung des Lehrstuhls der pathologischen Anatomie an der Wiener Universität ist noch nicht erfolgt; für des Wintersemester ist daher der Privatdocent und Prosector des Rudolphspitals Dr. Chiari mit der Supplirung dieses Lehrstuhls betraut worden.

— Der Kriegsminister General-Adjutant Wannowski, dem die militär-medicinische Academie, so lange der Posten des Ober-Militär-Medicinalinspectors vacant ist, direct unterstellt ist, hat in der vorigen Woche derselben einen Besuch abgestattet. Bei dieser Gelegenheit hat er, wie russische Blätter berichten, den Professoren der Wylie'schen Klinik mitgetheilt, dass in Zukunft weibliche Aerzte als Ordinatoren an der Klinik nicht mehr zugelassen und die gegenwärtig angestellten weiblichen Ordinatoren entlassen werden müssen.

Die weiblichen medicinischen Curse sollen in nächster Zeit vom Kriegsministerium, dem sie bisher unterstellt waren, zum Ressort des Ministeriums der Volksaufklärung übergeführt werden. In diesem Falle verlieren dieselben wohl auch das Nikolai-Militärhospital, in welchem sie bisher ihre Kliniken hatten.

Miscellen.

— Wir machen unsere Leser auf die im Inseratentheil angezeigten neuen Maximalthermometer aufmerksam. Dieselben zeichnen sich durch eine neue Construction aus, wodurch die sonst vorkommende Theilung des Quecksilberfadens ziemlich sicher vermieden wird. Ausserdem sind sie bis auf 1/2 Zehntel genau verificirt, und bequem im Besteck zu tragen.

— In einer uns vorliegenden Brochüre, betitelt: «*Der Restaurator*» wird ein vom Amerikaner Goodyear patentirter Apparat empfohlen, der aus einem kurzen Gummischlauch besteht, an dessen Enden Handgriffe befestigt sind. Durch diese einfache Vorrichtung können alle Muskelgruppen der Arme, des Rückens und der Brust in Action gebracht werden, indem man den Strang dehnend verschiedene Bewegungen ausführt. Befestigt man die Schläuche an der Wand oder werden sie an dem einen Ende von Jemand gehalten, so können auch die Muskeln des Unterkörpers durch Zug am anderen Ende ein wenig geübt werden. Dieser Schlauch wird in Exemplaren von verschiedener Dicke bei Gebr. Sachs in Berlin NW. Neustädt. Kirchstr. № 1. vertrieben. Der Apparat scheint zu gymnastischen Uebungen sehr handlich und geeignet zu sein. Das vorliegende Schriftchen scheint sich, nach Form und Ton zu schliessen, nur an das Laienpublikum wenden zu wollen und trägt eigentlich nicht zur Empfehlung des Restaurators bei, besonders die ersten allgemein hygieinischen Abschnitte, die ganz entbehrlich sind und nur allgemeine Phrasen enthalten. T.

— Um die Erinnerungen an seinen 60. Geburtstag, welchen Prof. Virchow am 1. (13) October in diesem Jahre, dem seiner 25 jährigen Lehrthätigkeit an der Berliner Universität, beging, zu bewahren, ist eine Anzahl von Verehrern zusammengetreten und hat beschlossen eine *Rudolf-Virchow-Stiftung zur Förderung wissenschaftlicher, insbesondere der Kenntniss vom Menschen dienenden Forschungen* zu begründen. Diese Stiftung soll zur freien Verfügung Virchow's gestellt und die Urkunde darüber am 19. November c. ihm überreicht werden. Beiträge oder Zeichnungen empfängt der Schatzmeister der anthropologischen Gesellschaft Banquier Ritter, Berlin C., Beuthstrasse 2.

— Wie der «Wratsch» aus sicherer Quelle erfährt, wird der «Medizinski Westnik», welcher nach dem Tode seines Redacteurs Dr. Dmitrowski aufgehört hat zu erscheinen, im nächsten Jahre von Dr. W. Swjatlowski fortgesetzt werden.

— Die *Zahl der Todesfälle in Moskau* belief sich im Jahre 1880, wie aus den «Nachrichten der Moskauschen Stadtduma» hervorgeht, auf 20,807 (11,667 Männer und 9,140 Frauen). Die grösste Mortalität fällt in die Zeit vom März bis zum Juli inclusive, nur der Mai macht eine Ausnahme. Was das Alter der Verstorbenen anbe

trifft, so weist das kindliche Alter bis zum 2. Lebensjahre die grösste Sterblichkeitsziffer auf, nämlich 7,183 Fälle, also mehr als ⅓ der Gesammtzahl der Todesfälle.

— Die *Cholera in Aden* scheint noch nicht abzunehmen. Im Ganzen kamen vom 3. August bis zum 18. September 153 Cholerafälle vor, darunter 119 Todesfälle bei einer Bevölkerung von 3500 Einwohnern. Der internationale Gesundheitsrath in Konstantinopel hat angeordnet, dass sämmtliche Provenienzen aus dem Gebiete des rothen Meeres und des persischen Meerbusens einer 10-tägigen Quarantaine unterzogen werden. Alle Mekkapilger, welche Aden berührt haben, müssen auf der Insel Kamaran eine Quarantaine durchmachen. Die Landseite von Aden ist durch einen Militärcordon abgeschlossen. Die russische Regierung hat ebenfalls zum Schutz gegen die Cholera Maassregeln getroffen. Russische Schiffe, welche nach Ostsibirien gehen, dürfen Aden nicht berühren; die in die Häfen des Schwarzen Meeres einlaufenden Schiffe unterliegen der Quarantaine; Pässe zur Reise nach Mekka werden bis zum Erlöschen der Cholera nicht ertheilt.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 4. October 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	633	250	883
Alexander- «	450	152	602
Kalinkin- «	—	451	451
Peter-Paul- «	282	102	384
St. Marien-Magdalenen-Hospital	153	73	226
Marien-Hospital	296	238	534
Ausserstädtisches Hospital	221	127	348
Roshdestwensky-Hospital	44	34	78
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	351	111	462
4 zeitw. Hospitäler	419	137	556
Ausschlags-Hospital	7	6	13
Summa der Civilhospitäler	2856	1681	4537
Nikolai-Kinder-Hospital	39	41	80
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	66	76	142
Elisabeth-Kinder-Hospital	26	32	58
Summa der Kinderhospitäler	131	149	280
Nicolai-Militär-Hospital	359	19	378
Ssemenow'sches Militär-Hospital	199	—	199
Kalinkin-Marine-Hospital	193	—	193
Gesammt-Summa	3738	1849	5587

Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	955	262	1217
Scarlatina	16	13	29
Variola	7	5	12
Venerische Krankheiten	575	447	1022

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 27. September bis 4. October 1881 besucht von 2346 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1020.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs

für die Woche vom 20. bis 26. September 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 515 Todtgeborene 17). — Mortalität 39,9 p. M.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
319	196	515	112	25	67	13	11	13	61	66	42	32	39	23	3	8

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 8, Typh. abd. 10, Febris recurrens 14, Typhus ohne Bestimmung der Form 3, Pocken 3, Masern 2, Scharlach 14, Diphtheritis 14, Croup 4, Keuchhusten 6, Puerperalkrankheiten 1, Dysenterie 1, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 8.

— Gehirnapoplexie 15, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 21, andere Gehirnkrankheiten 23, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 28, acute Entzündung d. Athmungsorgane 26, Lungenschwindsucht 64, andere Krankheiten der Brusthöhle 12, Gastrointestinal-Krankheiten 101, andere Krankheiten der Bauchhöhle 23, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 24, Marasmus senilis 19, Cachexia 21.

— Tod durch Zufall 10, Selbstmord 2. Mord 0.

— Andere Ursachen 8.

Nächste Sitzung d. deutschen ärztlichen Vereins, Montag den 19. October 1881.

Nächste Sitzung des allgem. Vereins St. Petersburger Aerzte, Dienstag den 13. October 1881.

Adressen von Krankenpflegerinnen.

Frl. Rasmussen, Обводный каналъ (на углу Измайловскаго просп.) № 21, кв. 30.

Frl. Nürnberg, Мал. Конюшенная, № 1/3, кв. 50.

Frau Eurich, На углу М. Итальянской и Эртелева пер., д. кн. Масальской, № 1/12, кв. 19.

Elisab. Karlowna van der Vliet (Hebamme und Krankenpflegerin) На углу большой Мастерской и Торговой улицѣ, д. № 11/7, кв. 10.

Frau A. Jordan, Введенская ул., д. Зонтикова, кв. № 2.

Anna Andrejewna Bitt, Свѣчной переулокъ, д. № 8, кв. 10.

Anna Nikolajewna Nikolajewa, у Пустаго рынка, Рыночная ул., д. Пыльнева № 8, кв. 5.

Caroline Krause, Измайловскій полкъ, 3 рота, домъ Общества дешев. кварт., № 7, комн. № 90.

Mad. Steward, (Hebamme) На углу Вознесенскаго и Екатерингофскаго просп. д. № 37 (Лихачева), кв. 104.

Frl. Anna Cumming, (früher barmh. Schw.) В. О. на углу Средн. просп. и 8 линіи, д. № 45, кв. 11 (Рюлкинъ).

Mathilde Iwanowna Stark, früher barmherzige Schwester im Evangelischen Hospital, Могилевская № 18, кв. 9, bei Frau Fehst.

Adele Hellwig, Семеновскій полкъ, Можайская ул. домъ № 15, кв. 5.

Prämiirt Lyon 1872, Wien 1873, Paris 1878 Silb. Medaille.

Saxlehner's Bitterquelle

Hunyadi János

durch **Liebig, Bunsen, Fresenius** analysirt, sowie erprobt und geschätzt von medizinischen Autoritäten, wie Botkin, Zdekauer, Bamberger, Virchow, Hirsch, Spiegelberg, Scanzoni, Buhl, Nussbaum, Esmarch, Kussmaul, Friedreich, Schultze, Ebstein, Wunderlich etc. verdient mit Recht als das

Vorzüglichste und Wirksamste aller Bitterwässer

empfohlen zu werden. — Niederlagen sind in allen soliden Mineralwasserhandlungen und den meisten Apotheken, doch wird gebeten stets ausdrücklich **Saxlehner's Bitterwasser** zu verlangen. 31 (13)

Der Besitzer: Andreas Saxlehner, Budapest.

chez Mrs. Stoll & Schmidt, Société pharmaceutique commerciale russe, H. Klos & Co. 110

VICHY

Depot in Paris, 22, boulevard Montmartre.

PASTILLES DIGESTIVES, bereitet in Vichy aus dem Salze, welches aus besonderen Quellen gewonnen wird, von sehr angenehmem Geschmacke und sehr wirksam gegen Uebelkeiten und Verdauungsbeschwerden.

SELS DE VICHY POUR BAINS. Für Personen, welche verhindert sind, die Kur in Vichy selbst zu gebrauchen, genügt zu einem Bade von diesem Salze ein Päckchen auf eine Wanne.

Zur Vermeidung von Fälschungen verlange man auf allen Paketen die Marke

Der Compagnie.

En vente à St. Pétersbourg:

chez Mrs. Stoll & Schmidt, Société pharmaceutique commerciale russe, H. Klos & Co. 16 (6)

Den Herren Aerzten zu gefl. Beachtung!

Loeflund's Malz-Extract, Extr. Malti. pur. Pharm. Germann.

Dieses officinelle Präparat, aus reinem Gerstenmalz ohne Gährung dargestellt und im Vacuum-Apparat zur Extractconsistenz eingedickt, ist in Deutschland wegen seines äusserst angenehmen Geschmackes und seiner lösenden und nährenden Eigenschaften sehr beliebt und ausserordentlich verbreitet.

Loeflund's Malz-Extract mit Eisen,

Extr. Malti Ferrat. Pharm. German., enthält 2% Ferr. pyrophos. cum Ammon. citr., schmeckt nicht styptisch und wird von Aerzten und Patienten als leichtverdauliches und zugleich nährendes Eisen-Präparat vorzugweise verwendet.

Loeflund's Malz-Extract mit Kalk,

enthält nach Dr. Reich's Vorschrift 2% Calcar. hypophosphorosa, das seine vielfache und erfolgreiche Anwendung bei Rachitis, schwieriger Zahn- und Knochenbildung, sowie bei beginnender Tuberculose bedingt

Loeflund's Malz-Extract mit Leberthran,

gleiche Theile Extr. Malti und Ol. jecor. as. norweg. sind hier zu einer Emulsion vereinigt, die im Wasser oder Milch sehr leicht genommen und ohne Aufstossen vertragen wird. Diese vortreffliche Combination, die wir Dr. Davis in Chicago verdanken, hat sich in kurzer Zeit bei vielen Aerzten eingebürgert.

Loeflund's Malz-Extract-Bonbons

enthalten 25% Extract und sind wegen ihres angenehmen Geschmackes, rasch lösender Wirkung und leichter Verdaulichkeit vor allen bisherigen Husten-Bonbons beliebt.

Diese Präparate aus der Fabrik von **Ed. Loeflund**, geprüftem Apotheker in Stuttgart sind auch zu beziehen aus nachstehenden Depôts: 123 (3) Ctrl. Msk. 17461

St. Petersburg: Stoll & Schmidt, Rulcovius & Holm, A. Klos & Co., Russ. Pharm. Handelsgesellschaft, sowie den Filialen in Moskau und Charkow, **Moskau:** Betling & Stockmann, **Riga:** Alfred Busch, Gebr. Kamarin, Ad. Wetterich, **Wilna:** P. Gruzewski, J. B. Segall.

MATTONI'S

GIESSHÜBLER

reinster alkalischer **Sauerbrunn**, bestes Tisch- und Erfrischungsgetränk,

vorzüglich verwendbar bei Katarrh der Athmungs- und Verdauungsorgane und der Blase.

PASTILLES digestives et pectorales.

Vorräthig in allen **Apotheken** und **Mineralwasser-Handlungen.** Ctrl. Msk. 10884

41 (7) **Heinrich Mattoni, Karlsbad.**

122 **SAINT-RAPHAËL** (25)

Тоническое вино укрѣпляющее, болѣе полезно при малокровіи, чѣмъ желѣзистое и хинное, оно укрѣпляетъ молодыхъ дамъ, дѣтей и стариковъ, употребляется исключительно въ госпиталяхъ Парижа какъ укрѣпляющее, сохраняется по способу Г-на Пастера. **Вино С. Рафаель** очень пріятно на вкусъ. Пріемъ по стакану (отъ краснаго вина) послѣ всякаго пріема пищи.

На каждой бутылкѣ этикетъ и капсюль съ подписью St Raphaël

Продается у Штоль и Шмидтъ, въ русскомъ фармацевтическомъ обществѣ, Верголъцъ, Рулковіусъ и Хольмъ, М. Юргенсъ, Брезинскій, К. Шпигель, Гафеске и Меркъ, Шапиро, Шаскольскій, Ф. Раултъ, братьевъ Арабали, Елисѣевъ, Фейтъ и Ко. и въ главныхъ аптекахъ.

Складъ у владѣльца вина С. Рафаель, въ Валенсъ (Дромъ) Франція.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 9 Октября 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh., Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

ST. PETERSBURGER

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg,
Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 42. St. Petersburg, 17. (29.) October. 1881.

Ueber die Peptonisation der Eiweisssubstanzen im Kumyss.

Von
Alexander Dochmann,
Ordinator an der Klinik von Prof. Winogradow.
(Kasan.)

Die Milchsäure- und Alkoholgährung, die bei der Kumyssbereitung in der Milch sich vollziehen, sind eine allgemein bekannte und recht genau studirte Thatsache, die freilich noch der Detailbearbeitung bedarf. Was die Veränderung der Eiweisssubstanzen in der gährenden Milch betrifft, so wird von den Autoren blos die Thatsache der allmäligen Auflösung des Caseins anerkannt, welches als feinster Niederschlag bei Beginn der Gährung, (resp. bei Beginn der Milchsäurebildung) herausgefallen war. Biel fand mehr als 11% «wieder gelösten» Caseins in Kumyss, der 2 Tage gestanden hatte, und mehr als 35% im Kumyss nach 16-tägiger Gährung.

Um uns genauer mit dieser «Wiederlösung» bekannt zu machen, müssen wir bei einigen Eigenschaften des «wieder gelösten» Caseins verweilen. Das Casein der Stutenmilch, gewonnen durch Fällung mit Alkohol oder nach der gebräuchlichen Hoppe-Seyler'schen Methode, löst sich (schwerer als das Casein der Frauenmilch, und weit leichter als das Casein der Kuhmilch) in Wasser und die Lösung bildet beim Kochen eine Haut auf der Oberfläche. Das «wieder gelöste» Casein wird aus der Lösung durch kohlensaures Natron gefällt, der Niederschlag ist in Wasser nur bei deutlich saurer oder alkalischer Reaction löslich, giebt beim Kochen nicht die charakteristische Haut und wird nicht vollkommen aus der Lösung durch Alkohol herausgefällt; ist die Lösung nicht genügend sauer, so bildet sich bei Erwärmung über 70° C. ein flockiger Niederschlag.

Alle diese Eigenschaften des «wieder gelösten» Caseins überzeugen uns davon, dass es nichts anderes ist, als durch Säure verändertes Eiweiss, — Acidalbumin-Syntonin, — richtiger das Parapepton des Caseins.

Nach Entfernung (Filtrirung) des ungelösten Caseins aus dem Kumyss und Neutralisation des Filtrates erhält man Parapepton; filtrirt man dieses letztere ab und entfernt durch Kochen das Albumin aus der Lösung, so erhalten wir im Filtrat eine Eiweisssubstanz, die weder durch Kochen noch durch Säuren gefällt wird, wohl aber durch Alkohol, Tannin, Sublimat etc., die unter dem Einfluss einer schwachen Lösung von Kupfersulfat und Aetznatron die charakteristische purpurrothe Färbung giebt, — mit einem Wort, wir haben Peptone vor uns. Detaillirtere Reactionen zeigen uns weiter, dass wir es hier mit verschiedenen Stadien der *Hydratation* des Milcheiweisses zu thun haben.

Bei der Gährung der Milch geht allmälig der Process der Peptonisation des Casein und Albumin vor sich, welche immer mehr und mehr in Parapepton und Peptone umgewandelt werden. Um diesen Process ziffermässig darzulegen, werde ich eine meiner Beobachtungsreihen hersetzen. In welcher Art die Versuche angestellt und nach welcher Methode die Bestimmungen gemacht wurden, werde ich hier nicht beschreiben, die ausführliche Arbeit wird im Druck in den Protokollen der Gesellschaft Kasanscher Aerzte erscheinen.

In der Stutenmilch habe ich auf 1000 Theile 24,80 Theile Casein und Albumin gefunden, und 0,28 Theile Peptone.

In dieser selben Milch wurden nach 12-stündiger gewöhnlicher «Kumyssgährung» in 1000 Theilen gefunden:

Casein	14,66
Parapepton	4,88
Albumin	3,02
Peptone	1,04

Nach 40 Stunden Gährung wurden in demselben Kumyss gefunden:

Casein	12,88
Parapepton	8,40
Albumin	2,03
Peptone	2,48

Nach 70 Stunden Gährung waren in demselben Kumyss:

Casein	9,64
Parapepton	6,88
Albumin	1,20
Peptone	4,84

Die gleiche Peptonisation, *nur in weit geringerem Grade*, wurde von uns auch in gährendem Kuhmilchkumyss beobachtet. Nachdem wir so die Umwandlung der Eiweisssubstanzen des Kumyss constatirt haben, müssten wir eigentlich eine Erklärung der gefundenen Facta geben, doch ist eine solche nach dem heutigen Stande der Wissenschaft wohl kaum möglich. Wir vermögen nicht zu entscheiden, ob die Peptonisation unter dem Einfluss eines bestimmten specif. Fermentes vor sich geht oder ohne ein solches nur bei Gegenwart saurer Reaction des Mittels und einiger anderer günstiger Bedingungen (Gegenwart von Alkohol und Zucker). Durch die Existenz des Ferments in der Milch selbst könnte man das ständige Vorkommen von Substanzen der Peptonreihe in derselben erklären (Danilewsky).

Eine praktische Consequenz des eben Gesagten wird natürlich die Beschleunigung dieses so zu sagen natürlichen Processes der Peptonisation mit Hülfe künstlicher Maassnahmen sein.

Natürlich bilden sich im Kumyss unter normalen Verhältnissen um so mehr Peptone, je länger er der Gährung unterworfen wird, d. h. je mehr Alkohol und Milchsäure sich in ihm bilden; aber in einzelnen Fällen ist starker Kumyss, d. h. solcher, der viel Alkohol und Milchsäure enthält, contraindicirt, und die Kranken müssen sich auf schwachen Kumyss beschränken, in welchem das Casein sich erst in den Anfangsstadien der Peptonisation befindet. In diesen Fällen würde künstlich peptonisirter Kumyss ausserordentlich am Platze sein: bei geringem Gehalt an Alkohol würde er eine bedeutende Quantität Peptone enthalten.

Auf Grundlage einiger theoretischer Voraussetzungen haben wir einige Experimente gemacht, um die Fragen aufzuklären: 1) wird auf Zusatz von Pepsin unter Bedingungen, bei welchen die Kumyssgährung zu Stande kommt, die Peptonisation beschleunigt, und 2) werden durch dieses Verfahren nicht einige Eigenschaften des Kumyss alterirt, — besonders der Geschmack....

Zu diesem Zwecke verfuhren wir folgendermaassen: Ein Theil der behufs Gährung eingesäuerten Stutenmilch wurde von der übrigen Masse getrennt und zu ihr wurde Pepsin hinzugefügt, das vorher mit Aether gereinigt war (wir benutzten sowohl das russische Pepsin des Dr. Karejew, als auch das deutsche von Witte. Darauf wurde dieser pepsinisirte Kumyss unter den gewöhnlichen Bedingungen der Gährung überlassen. Nach Verlauf von 14 Stunden konnte man sich davon überzeugen, dass der pepsinisirte Kumyss sich in keiner Weise in Bezug auf Geschmack von gewöhnlichem Kumyss unterschied, dass er aber caeteris paribus — eine grössere Quantität Peptone enthielt (3,12—4,24 : 1000).

Die Zukunft muss natürlich lehren, inwieweit diese Neuerung in der Kumysskur in praktischer Hinsicht brauchbar ist, doch halte ich es für passend, schon jetzt mitzutheilen, dass die Beobachtungen, die Dr. Rasumowsky in diesem Jahre auf meine Angaben hin in der Kumyssanstalt von Tschembuchatow angestellt hat, unsere theoretischen Annahmen in Betreff der Brauchbarkeit von pepsinisirtem Kumyss bestätigt haben.

16. September 1881.

Heisse Douche bei Abort.

Von

Dr. L. v. Holst.

In № 12, Jahrgang 1879 dieser Wochenschrift habe ich einen Fall veröffentlicht, in welchem die heisse Douche mit Nutzen bei Abort in Anwendung kam. Die Beobachtung war aber keine ganz zuverlässige, da die Patientin, eine unehelich geschwängerte Fabrikarbeiterin, nach ihrer Genesung das Hospital verliess und sich somit der weiteren Beobachtung entzog; es wäre daher immerhin möglich, dass der Abort zu Stande gekommen, die Ausstossung des Eies nur nicht bemerkt worden ist. Kürzlich ist mir ein ähnlicher Fall vorgekommen, den ich ebenfalls veröffentlichen möchte, da er in seinem ganzen Verlaufe genauer beobachtet worden ist.

E. D., eine junge Frau von circa 25 Jahren, recht blass und anämisch aussehend, von leicht erregbarem und ängstlichem Temperament, seit etwa 3 Jahren verheirathet, zum dritten Male schwanger, hatte bereits zwei Male todte Früchte vor dem normalen Ende der Schwangerschaft zur Welt gebracht. Die erste Schwangerschaft endete etwa 14 Tage vor dem normalen Geburtstermine, die zweite im 7. oder 8. Monate; beide Male hatten die bis dahin lebhaften Kindsbewegungen kurz vor Eintritt der Wehen aufgehört. Als die dritte Schwangerschaft eingetreten war, wurde ihr für den Sommer ein Landaufenthalt am Meeresstrande angerathen; dort wurde ich am 27. Juli d. J. wegen eingetretener Wehen hinzugerufen. Die Dauer der Schwangerschaft konnte nicht genau angegeben werden, Patientin taxirte dieselbe auf 7—8 Monate. Von anamnestischen Momenten war nichts zu eruiren, Patientin hatte sich durchaus vorsichtig verhalten, wollte aber einmal auf einem Spaziergange im Walde eine Schlange gesehen haben, was ihr einen heftigen Schreck verursachte, doch war das bereits vor 14 Tagen geschehen. Die bis dahin lebhafte Kindsbewegung war seit dem 26. Abends nicht mehr gespürt worden; am Morgen früh des 27. traten die ersten Wehen ein, deren Charakter anfänglich nicht erkannt wurde, als sie aber stärker wurden, wandte Patientin sich an den Arzt. Derselbe verordnete eine Chloroformeinreibung und ein Klystier mit Opium, und da er genöthigt war eine Fahrt über Land zu machen, wies er Patientin an mich, für den Fall dass sie ärztlichen Beistand nöthig haben würde. Ich sah dieselbe etwa um Mittagszeit zum ersten Male. Die Schmerzen waren beständig vorhanden, in ihrer Intensität bald zunehmend, dann wieder abnehmend, aber niemals ganz schwindend. Der Uterus fühlte sich sehr derb an, der Fundus stand etwas oberhalb des Nabels. Blutabgang war nicht vorhanden, die Vaginalportion war erweicht, einige Linien lang, das Os uteri externum soweit eröffnet, dass die

Fingerspitze eindringen konnte, der Kanal noch nicht durchgängig für den Finger, durch das Scheidengewölbe war ein vorliegender grösserer, fester Kindstheil, vermuthlich der Kopf, zu fühlen. Kindsbewegungen wurden weder von der Patientin, noch durch die aufgelegte Hand empfunden, ebensowenig war es möglich, trotz sorgfältigem und öfters wiederholtem Suchen irgendwo Herztöne zu entdecken. Da der Tod des Kindes somit wohl einigermaassen wahrscheinlich, aber doch noch nicht sicher constatirt, und der Abort noch nicht weit vorgeschritten war, konnte man wohl hoffen denselben noch zu sistiren, — falls das Kind lebte. Ich verordnete Morphium in Suppositorien und Compresses échauffantes auf den Leib und verliess Patientin mit der Aufforderung sofort nach mir zu schicken, sobald sich etwas Besonderes einstellen sollte. Etwa um 5 Uhr Nachmittags wurde ich wieder abgeholt, weil sich plötzlich eine ziemlich starke Blutung eingestellt hatte. Nach einer heftigen Wehe waren einige Unzen Blut und auch Wasser abgegangen; die Schmerzen hatten danach an Heftigkeit und Häufigkeit abgenommen, der Untersuchungsbefund war unverändert derselbe, Herztöne nirgends zu finden. Da man nun an einer vorzeitigen theilweisen Lösung der Placenta und an dem bereits erfolgten Blasensprunge nicht zweifeln konnte, so konnte von einer Sistirung des Abortes doch auch nicht mehr die Rede sein. Der Blutung wegen verordnete ich heisse Douchen von 35° R., die anfänglich stündlich, wenn die Blutung nachliess — alle 2 Stunden gemacht werden sollten, jedes Mal einen Esmarch'schen Krug voll. Nach zwei Injectionen stand die Blutung fast gänzlich. Um 8 Uhr Abends constatirte der inzwischen zurückgekehrte College: Eröffnung des Muttermundes bis auf $1^1/_2$ Zoll und Abnahme der heftigen Schmerzen. Bald darauf trat wieder reichliche Blutung auf, die aber auf eine heisse Injection sofort stand. Um 12 Uhr Nachts: Die Blutung steht, nur bei den mässigen, selten wiederkehrenden Wehen sickern noch ein Paar Tropfen hervor, *der Muttermund ist so weit contrahirt, dass man nur eben noch die Fingerspitze einführen kann.* Gegen Morgen sistirten die Wehen vollständig, die Blutung war ganz geringfügig, Patientin fühlte sich ganz wohl, hatte geschlafen. Etwa um 11 Uhr Vormittags sah ich sie wieder und die Untersuchung ergab fast ganz denselben Befund wie 24 Stunden zuvor, nur dass jetzt der Canal der Vaginalportion und der innere Muttermund soweit geöffnet und nachgiebig waren, dass man den Finger ziemlich leicht durchdrängen konnte. Von Kindsbewegungen war seither nichts zu spüren gewesen, eine wiederholte sorgfältige Untersuchung liess von den Herztönen nichts entdecken, auch meinem Collegen und der Hebamme war es nicht gelungen dieselben aufzufinden. Danach liess sich wohl kaum mehr daran zweifeln, dass die Frucht abgestorben sei, und da die Blutung minim war, wurde die Application der heissen Douche ausgesetzt um den weiteren Verlauf der Sache ganz der Natur zu überlassen. Später stellten sich denn auch wieder Wehen ein, um 10 Uhr Abends war der Muttermund wieder auf $1^1/_2$ Zoll eröffnet und um $11^1/_2$ Uhr Abends war die Geburt beendet. Nach der Ausstossung des Kindes wurde auffallend wenig Fruchtwasser entleert, dagegen gingen vor und mit der Ausstossung der Placenta sehr reichliche feste Blutcoagula ab, die Placenta war gross, an dem einen Rande stark blutig imbibirt und mit reichlichen Blutgerinnseln bedeckt. Das Kind konnte höchstens 6 Monate alt sein, war weiblichen Geschlechts, und zeigte reichliche, weit ausgebreitete, bräunlich-rothe Todtenflecke aber noch keine Maceration der Epidermis, war also wohl seit ein Paar Tagen abgestorben.

Wir hatten es hier also mit einem Falle zu thun, wo in Folge Absterbens der Frucht der Abort begann, durch die Wehenthätigkeit eine theilweise Lösung der Placenta eintrat und die Eihäute rissen, der im weiteren Fortschreiten der Geburt allmälig bis auf $1^1/_2$ Zoll erweiterte Muttermund aber, — trotzdem dass unter solchen Umständen eine Sistirung des Abortes völlig unmöglich war, — unter dem Gebrauche der heissen Douche sich wieder so weit zusammenzog, dass er nur noch eben für den Finger passirbar war, und die Wehen vollständig cessirten. Dieser höchst auffallende Effect verschafft dem genau beobachteten Falle so viel Interesse und Wichtigkeit, dass eine Veröffentlichung desselben wohl gerechtfertigt erscheint. Vielleicht liesse sich dasselbe Verfahren auch in weniger verzweifelten Fällen von drohendem Abort mit Nutzen anwenden. Ich selbst habe freilich, wegen der bisher allzu geringen Zahl von Beobachtungen, noch nicht den Muth gefunden es in solchen Fällen zu versuchen.

Referate.

W. Radulowitsch (Orel): Abgebrochene Tracheotomiekanüle in der Luftröhre. (Wratsch № 26.)

Patient, dem 1870 die Tracheotomie gemacht, ist Pförtner des Hospitales und wurden ihm innerhalb dieser 10 Jahre 4 Mal die silbernen Canülen gewechselt, die jedesmal sich als stark oxydirt erwiesen. Am 26. Mai 1880 war die gebogene Canüle vom Schild abgebrochen und in die Luftröhre hinuntergeglitten. Verf. erweiterte die Trachealöffnung und extrahirte das corpus delicti mit einer gebogenen Laryngealpincette.

Die chemische Untersuchung erwies die Röhre als aus 76. Probe bestehend, während die Löthmasse, mit welcher die einzelnen Theile zusammengeschmolzen werden, noch 5 % Kupfer mehr besitzt wie die Röhre, also um so leichter oxydirt.

Verf. schlägt vor, zu verlangen, dass unsere Instrumentenmacher darauf achten, dass die Röhren 84. Probe seien und dieses durch einen Stempel nachgewiesen werde. Als Mittel, die Oxydation zu verlangsamen, schlägt Verf. vor, die Canülen vergolden zu lassen. (Dabei ist jedoch der Bildungsgrad des Pat. zu berücksichtigen; Ref. erinnert sich eines Falles, wo im Laufe eines Winters ein Pat. seine innere Canüle 3 Mal vertrunken hatte und schliesslich noch das Schild der äusseren Röhre abbrach, worauf letztere in die Luftröhre glitt.) P.

S. Molodenkow (Moskau): 2 Fälle von Vergiftung durch Borsäure. (Wratsch № 31.)

Im Moskauer Arbeiterhospital, wo bereits seit längerer Zeit auf der chirurgischen Abtheilung die Anwendung von Borsäurelösungen eingeführt, hat Verf. jüngst die folgenden 2 Fälle von Vergiftung beobachtet.

I. Einer 25-jährigen Frau wurde wegen seröser exsudativer Pleuritis die Thoracocentese mit nachfolgender Ausspülung mittelst 5 % Borsäurelösung gemacht. Bald nach der Operation stellte sich Erbrechen ein, welches sich gegen Abend bis zur Unerträglichkeit steigerte, der Puls klein und schwach. Am folgenden Tage stellte sich, vom Gesicht beginnend, Erythem ein, welches sich bald auf den Rücken hin ausbreitete; Puls kaum fühlbar, bei fortdauerndem Erbrechen. Drei Tage nach der Operation, nachdem das Erythem noch bis auf die Oberschenkel weitergegangen und die übrigen Symptome angehalten, starb Patientin bei vollkommen freiem Bewusstsein, nur über Sehstörung klagend. Section leider nicht gemacht.

II. 16-jähriger Pat. mit einer Lendenwirbelkyphose und Senkungsabscess der rechten Nates. Punction des Abscesses mit anhaltender Ausspülung vermittelst 5 % Borlösung. $^1/_2$ Stunde darauf Erbrechen (sowohl in diesem, wie im ersten Falle war *ohne Chloroform* operirt worden) welches anhält, darauf Schwächegefühl, Puls kaum fühlbar und nach 2 Tagen vom Gesicht beginnendes Erythem, Singultus und Tod. Die *Section* ergab einen ziemlich negativen Befund, ausser einigen Extravasaten an der Innenfläche des Pericardium; der Tod durch Herzparalyse bedingt.

**

Auf Grund dieser Fälle warnt Verf. vor zu ausgiebiger Anwendung der Borsäure in Hohlräumen, da er als Ursache der Vergiftung längeres Verweilen der Borsäure in Körperhöhlen annimmt. P.

A. Bum: Ueber Jodoform und seine Anwendung auf der chirurg. Abtheilung des Prof. v. Mosetig-Moorhof in K. K. Krankenhause Wieden. (W. Med. Presse 1881. № 24.)

Seit mehr als 2 Jahren wird das Jodoform als Antisepticum und Antiscrophulosum in genannter Klinik mit vorzüglichem Erfolge verwandt. Bei offenen, leicht zugänglichen Wunden wird dieselbe gut gereinigt, mit Jodoformpulver bestreut, und mit einem mit Jodoform imprägnirten Wattebausch bedeckt; darüber kommt eine weitere Wattelage, dann undurchdringliche Verbandstoffe. Da nur geringe Secretion eintritt, können die Verbände oft Wochenlang unberührt liegen bleiben. Bei Fistelgängen kommen Jodoformstäbchen (9/10 Jodof., 1/10 But. Cacao) in Anwendung, bei Desinfection von Höhlen, z. B. bei einer Gonitis fungosa aperta wurde in Oel suspendirtes Jodoform (1 : 3) eingespritzt. Desodorisirt wird mit der Tonkabohne, die, der Länge nach gespalten und dem Pulver zugefügt, den Geruch benehmen soll. Jodintoxication ist nie beobachtet worden. Die Vorzüge des Jodoform sind nach dem Verf.: 1) Seine eminent antiseptische und antiscrophulöse Wirkung. 2) Die Einfachheit der Application, die bei weitem das Lister'sche Verfahren übertrifft, und 3) seine Billigkeit. Von Droguisten bezogen, kommt dasselbe auf 2½ Kreuzer pro Gramm. S—t.

J. Rosenstiern (San Francisco): Kolossale Haematocele retrouterina in Folge der Application eines starken galvanischen Stromes an den schwangeren Uterus zum Zwecke der Abortion. Schneller Schwund des ausgedehnten verhärteten Extravasats durch Massage. (Centralblatt für Gynäkologie 1881. № 13 pag. 305.)

Frau N. 27 J. a. suchte im 3. Monat der Schwangerschaft, nach vergeblichem Gebrauch verschiedener innerer Mittel, durch das in Amerika sehr übliche Verfahren des elektrischen Bades den Abort einzuleiten. Zu dem Zwecke liess sie sich im Bade den einen Pol eines besonders starken constanten Stromes am Kreuzbein, den anderen an den unteren Abschnitt der Vagina appliciren. Verf. wurde erst nach einigen Tagen, am 13. März, zur Pat. gerufen, da seit dem Bade heftige Schmerzanfälle sich wiederholten. Die wegen grosser Schmerzhaftigkeit des Leibes nur oberflächlich vorgenommene Untersuchung constatirte mit grosser Wahrscheinlichkeit eine retrouterine Haematocele und beginnenden Abort, welch letzterer am 16. März auch eintrat. Bis zum 28. März hob sich zwar das Allgemeinbefinden, doch blieb das Extravasat unverändert. An diesem Tage trat durch unvorsichtiges Gehen eine bedeutende Vergrösserung desselben ein, so dass es die beiden Fossae iliacae ausfüllend bis über den Nabel reichte. Trotz reichlich angewandter äusserer und innerer Mittel nahm der Umfang der Haematocele nicht ab. — Am 3. Mai Beginn der Massage, am 2. Juni Geschwulst nur noch apfelgross. Es traten normale Menses auf, die 3 Tage dauerten, ohne eine Verschlimmerung herbeizuführen. Nach Schluss der Periode wurde die Massage nur noch 8 Tage lang fortgesetzt, da die Untersuchung dann bis auf eine geringere Beweglichkeit des Uterus, normale Verhältnisse ergab. W.

Schönbächler: Anchylostoma duodenale. (Corr.-Bl. f. schw. Aerzte № 13, 1881.)

Prof. Ch. Bäumler: Ueber die Abtreibung des Anchylostoma duodenale. (Corr.-Bl. f. schw. Aerz. № 15, 1881.)

Nachdem Prof. Concato bei anämischen Arbeitern vom Gotthardtunnel die Anwesenheit von Anchylostomen aus den Eiern wie bei einer Autopsie direct nachgewiesen und Graziadei in Turin durch mikroskopische Untersuchung der Darmausleerungen das Vorkommen dieses gefährlichen Parasiten auch in Piemont constatirt hatte, fanden die Proff. Bozzolo und Pagliani im Februar 1880 bei der an Ort und Stelle vorgenommenen Erforschung der Ursachen der unter den Tunnelarbeitern herrschenden schweren Krankheit, dass alle im Tunnel Beschäftigten, einschliesslich der Ingenieure, Eier des Wurms in ihren Stühlen hatten. Die parasitäre Natur der Gotthardtunnelanämie wurde bald auch auf deutscher Seite festgestellt (Sonderegger, Dumur, Immermann, Buguion) und durfte man fortan von geeigneten therapeutischen Maassnahmen glänzende Erfolge bei der Behandlung dieses perniciösen Leidens (Perroncito's «oligémie épidémique») erwarten. Leider zeigte sich aber bald, dass der Wurm nicht allein eine lange Lebensdauer hat, sondern auch äusserst hartnäckig im Darm verweilt und die gewöhnlichen anthelminthischen Curen fast resultatlos blieben. Bäumler wandte in seiner Klinik bei einem mit Anchylost. behafteten Kranken Ol. thereb. bis zu 15,0, Decoct. granat. Bettelheimi, Extr. filicis aeth. 2,5, Kamala, Acid. picrin. (im Ganzen 3,0) und Ol. Chenopodii ambros. (gutt. 60 pro die) ganz *erfolglos* an. Allerdings gingen nach dem Gebrauch von Gutti (0,4—0,5 pro die) und von Thymol (in täglich steigender Dosis von 2,0—8,0) dann und wann 1 bis 3 männliche Würmer ab und zeigten sich nach Verabreichung von Santonin 0,3 mit Calomel 0,6, an einem Tage sogar 10 weibliche und 3 männliche Anchylost., aber die Ausleerungen enthielten immer noch sehr viel Eier (43 in 5 Centigramm Stuhl) und musste Pat. nach circa 6 Monaten mit fortdauernder, recht merklicher Anämie entlassen werden.

Diesen Misserfolgen gegenüber sind wir jetzt in der angenehmen Lage, mittheilen zu können, dass sich nach Schönbächler die von Prof. Perroncito empfohlenen *grossen* Gaben des Extr. filicis maris aeth. vollständig bewährt haben. Bei 6 Pat. verabreichte S. je eine Gabe von 15—25 Grm. — 20 Grm. wurden mit 2 Eigelb verrieben und in Oblaten gegeben — gewöhnlich ständlich 0,5. Daraufhin wurden im Stuhle gefunden: beim 1. 12 Würmer nach 15,0; nach 10 Tagen 253 Stück auf 20,0; — beim 2. 115, beim 3. 200, beim 4. 560 und beim 5. 251 Würmer. Bei letzteren 4 Pat. ist das Mittel nur 1 Mal verabreicht worden. Bei einem 6. sehr herunter gekommenen Kranken waren nach 2-maliger Cur mit je 20,0 im Ganzen nur 34 Würmer gefunden worden, die Genesung aber vollkommen.

Durch grosse Gaben des Extr. fil. mar. wird dem Anchylost. jetzt also wohl im gegebenen Falle beizukommen sein, es erscheint aber durchaus angezeigt, dass, wie Bäumler sagt, ausserdem auch prophylaktische Maassregeln von den Behörden gegen den schlimmen Feind, der wahrscheinlich schon in einem grossen Theile Südeuropas verbreitet ist und bei Tunnelarbeiten und in Bergwerken (z. B. Schemnitz und Kremnitz in Ungarn) wahre Brutstätten hat, ergriffen werden. F—t.

O. Haab: Der Mikrococcus der Blennorrhoea neonatorum. (Beiträge zur Ophthalmologie, als Festausgabe Friedrich Horner zur Feier des 25. Jubiläums seiner academischen Lehrthätigkeit gewidmet von Du Four, O. Haab, M. Kniess etc. etc.)

Bei Urethritis gonorrhoica, Conjunctivitis gonorrhoica und Blennorrhoea neonatorum kommt im Secret ein und derselbe Mikroorganismus vor und zwar ist für diese Secrete charakteristisch, dass zum Unterschiede von anderem Eiter die Coccen fast nur auf den Kernen oder dem Protoplasma der Eiterkörperchen sich finden, die intercelluläre Flüssigkeit aber ganz frei von Coccen ist. Methylviolett färbt dieselben sehr stark und lassen sich dieselben mit Hartnack 7 deutlich erkennen, mit Hartnack Immersion 10 lösen sie sich in grössere und kleinere Gruppen von runden Einzelindividuen und Diplococcen auf, wobei letztere die ersteren an Zahl übertreffen. Das Gewöhnliche ist, dass zwei Kugeln durch einen ganz kleinen Zwischenraum von einander getrennt sind. Diese Coccen sind etwas grösser als die gewöhnlichen Fäulnissbacterien, 0,4—0,6 Mikro. Das Secret der Urethritis gonorrhoica ist im Allgemeinen reicher an Coccen als das der Blennorrhoea neonatorum. Bei letzterer finden sie sich auch nicht immer in derselben Häufigkeit. Die Zahl derselben scheint mit der Bösartigkeit des Processes gleichen Schritt zu halten. Während der Behandlung vermindert sich die Zahl der Coccen sehr bedeutend ohne aber ganz zu schwinden. So lange überhaupt noch Secret vorhanden, finden sich noch Coccen im demselben. Diese Coccen sieht H. als Träger des gonorrhoischen und blennorrhoischen Giftes an und meint, dass die Blennorrhoea neonatorum aus einer Gonorrhoea des Vaters resp. des Mutter resultire. — Verf. empfiehlt als prophylaktisches Antisepticum gegen Blennorrhoea neonatorum 2% Resorcinlösung als Waschwasser für die Augen. L.

Goltz und Ferrier: Ueber Localisation der Functionen in der Hirnrinde. (Brit. med. Journal 1084.)

In der physiolog. Section des Londoner Congresses fand eine interessante Discussion über obiges Thema statt, über welches wir nach dem Brit. med. Journal referiren.

Prof. Goltz bestritt, dass in der Hirnrinde des Hundes bestimmt localisirte sogenannte psychomotorische Centra und bestimmte Centra für die Sinneswahrnehmungen existiren. Goltz hat gefunden, dass die Entfernung eines grösseren oder kleineren Theiles der Hirnrinde einfach eine Verminderung der Intelligenz des Thieres und eine gewisse Verminderung der Schärfe einiger Sinne zur Folge hat, aber keine Paralyse oder Parese. Wo bei derartigen Versuchen mehr oder minder deutliche Paresen gefunden wurden, da ist das Thier nicht lange genug beobachtet worden; in der That findet man nach so eingreifender Operation, wie die Entfernung eines grösseren oder kleineren Theiles der Hirnrinde, nicht selten Paresen oder Muskelschwäche während der ersten Wochen, doch schwinden diese Erscheinungen stets, wenn das Thier längere Zeit am Leben erhalten wird. Daher beweisen solche durchaus nicht die Existenz bestimmt localisirter Centra.

Prof. Ferrier widersprach; er behauptet, beim Affen nach Entfernung des psychomotorischen Rindencentrums stets complete Lähmung der entgegengesetzten Extremität gefunden zu haben. Die auf diese Operation folgende Degeneration der Nervenfasern lasse sich von der Hirnrinde durch die motorischen Bahnen des Hirns und Rückenmarks bis hinab zu den Muskelnerven verfolgen. Ferrier demonstrirte eine Reihe vortrefflicher mikroskopischer Präparate, welche diese Degeneration präsentirten

Nach Schluss der Sectionssitzung begab sich eine grosse Zahl der

Mitglieder ins University College, wo jeder der beiden Gelehrten an einem Thier, Goltz an einem aus Strassburg mitgebrachten Hunde, Ferrier an einem Affen, — seine Behauptungen demonstrirte.

Durch eine Reihe sehr sinnreicher Versuche konnte Goltz es den Anwesenden in der That erweisen, dass sein Hund, welchem fast die ganze motorische Hirnrinde entfernt war, nur eine Herabsetzung seiner psychischen Functionen und Verminderung der Sinnesschärfe darbot, aber keine Lähmungen. Darauf demonstrirte Ferrier 2 Affen. Bei einem war die psychomotorische Region nicht ganz abgetragen, derselbe hatte complete Paralyse der oberen und deutliche Parese der unteren Extremität; bei dem anderen war das Hör-Centrum entfernt und das Thier vollkommen taub, während motorische Lähmungen fehlten. Die vorgestellten Thiere, der Hund und ein Affe wurden am folgenden Tage durch Chloroform getödtet und ihre Gehirne in der Sectionssitzung demonstrirt, wobei es sich herausstellte, dass den Goltz'schen Hunden wirklich fast der ganze obere Theil der Hirnrinde fehlte und das ganze Gehirn nur 43 Gramm wog, während das Normalgewicht für einen Hund der betreffenden Grösse gegen 90 betragen musste. Ebenso wurde beim Ferrier'schen Affen der grössere Theil des sogenannten psychomotorischen Centrums abgetragen gefunden. Die Gehirne wurden behufs genauer mikroskopischer Untersuchung einem Comité von 4 namhaften Physiologen übergeben.

Man darf wohl gespannt darauf sein, wie der Widerspruch zwischen den beiden hervorragenden Physiologen in dieser wichtigen Frage sich schlieslich lösen wird. —o—

Prof. Rud. Maier (Freiburg): Die Ganglien in den harnabführenden Wegen des Menschen und einiger Thiere.

(Virchow's Arch. 1881, Bd. 85. S. 49—70.)

Verf. ist zu folgenden Ergebnissen gelangt. Ueberall durch alle Stationen der ausser der Niere gelegenen Abfuhrwege des Harns beim Menschen und bei einigen Säugethieren finden sich sowohl in der Mucosa wie in der Muscularis ununterbrochen mit einander in Verbindung stehende Nervenausbreitungen. Sie bilden keine eigentlich geschlossenen Netze, sondern mehr durch häufige Anastomosen Durchflechtungen und Verbindungen der tieferen mit den oberflächlichen Lagen. In der Mucosa durchsetzen sie entweder die ganze Breite derselben oder liegen an den Grenzpartien derselben gegen die Muscularis. In dieser bilden sie grössere Anastomosen in den Zwischenräumen zwischen den gröberen Muskelbalken und kleinere zwischen den feinen Muskelbälkchen dieser grösseren Schichten. Die Nervenverzweigungen tragen überall Ganglien. Diese liegen zum Theil an Nervenstämmchen nur angelegt, d. h. nur von einer Seite durch das Perineurium bedeckt, oder nur mehr traubenförmig an einem Stiel, ringsum von Bindegewebe umfasst, oder im Verlauf eines Nervenzuges oder einer einzelnen Nervenfaser oder an Bifurcationsstellen. Wo sie in grösserer Zahl beisammenlagen, sind die Ganglienzellen in einem Maschenwerk des Perineurium eingeschlossen; wo sie einzeln liegen sind sie ganz oder theilweise von einer einfachen bindegewebigen Hülle umgeben oder auch nackt; wo sie im Innern von Nervenfasern sich zeigen, sind sie vom Neurilemm umschlossen. Ein Theil der Ganglienzellen scheint apolar, ein anderer ist unipolar, wieder einige bipolar. Die Fortsätze scheiden sich in wahre, d. h. wirkliche Fortsetzung des Protoplasma in eine Nervenfaser, und falsche d. h. Fortsetzung der ganglIösen Hülle in die bindegewebige Hülle der Nerven. Die ganglientragenden Nervenausbreitungen bestehen zum grösseren Theile aus blassen Fasern. Au.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Prof. Kaposi: Pathologie und Therapie der Syphilis.

1. Hälfte. Stuttgart, Enke 1881. 224 Seiten.

Der erst vor kurzer Zeit erwählte Nachfolger auf der Lehrkanzel Hebra's hat, nachdem er unlängst ein Handbuch der Dermatologie herausgegeben, den Büchermarkt wiederum mit einem neuen Lehrbuch bereichert, fürwahr ein sprechendes Zeugniss des Fleisses und des ernsten Strebens im Dienste der Wissenschaft. — Es existiren bereits eine ganze Reihe von Lehrbüchern der Syphilidologie und nicht der geringste Theil derselben ist gerade aus der Wiener Schule hervorgegangen. Und doch geräth man in eine gewisse Verlegenheit, wenn man Jemand ein Handbuch recommandiren soll, der sich speciell mit den venerischen Krankheiten beschäftigen will. Der Grund liegt wohl darin, dass bis jetzt der alte Kampf zwischen Dualisten und Unitariern noch immer nicht ausgekämpft ist, und die meisten Lehrbücher einen herben Beigeschmack des erbitterten Kampfes an sich tragen. Und so ist denn auch das uns vorliegende neue Handbuch nicht frei davon. Kaposi ist entschiedener Unitarier und dieses macht sich in der ersten Hälfte seines Buches in störender Weise bemerkbar. Sollte nicht bei der Frage, ob Ulcus molle und Syphilis dieselben Krankheiten oder nicht, schwer ins Gewicht fallen, dass gerade 2 unserer hervorragendsten Autoritäten auf diesem Gebiet, Ricord und Sigmund, als Unitarier ihre Laufbahn beginnend, dieselbe als Dualisten beschlossen. Vielleicht erleben wir auch noch an Kaposi diese Metamorphose.

Kaposi ist mehr Dermatologe als Syphilidologe und dieses giebt seinem Buch das Gepräge; so wenig uns die Capitel über Ulcus molle und Bubo befriedigt haben, so bedeutend erscheinen uns die Capitel über die durch Syphilis bedingten Affectionen der Haut und müssen wir als besonders werthvoll das Capitel über die syphilitische Papel und ihr Verhältniss zum Condylom hervorheben. Auch die kurze historische Einleitung lässt sich empfehlen, bis zu dem Puncte wo der Unitarier zu sprechen beginnt, und sehen wir mit Interesse der 2. Hälfte des Buches, die *hoffentlich bald* erscheint, entgegen.

Zu entschiedener Opposition zwingt uns nur der Umstand, dass Verf. bei der Wundbehandlung noch Charpie empfiehlt, und wir können kaum glauben, dass er auf seiner Klinik noch nicht die hydroskopische Watte, als allein zulässiges Verbandmaterial eingeführt haben sollte. Ferner ist uns noch aufgefallen, dass Verf. die verschiedenen in den letzten Jahren erschienenen Arbeiten, welche über Bedeutung der Pilztheorie für die Syphilislehre handeln, unberücksichtigt gelassen. Eine Kritik der Arbeiten von Klebs, Aufrecht und Bermann wäre mindestens wünschenswerth gewesen.

Eine endgültige Beurtheilung des Buches behalten wir uns vor bis nach dem Erscheinen der II. Hälfte. P.

Frese: Kurzes Lehrbuch der Psychiatrie. —

Vorlesungen gehalten an der Kais. Universität zu Kasan. (Russ.) Th. I. — K. Rikker. — St. Petersburg 1881.

Der Zweck der veröffentlichten Vorlesungen ist der, Nichtspecialisten und Studirende mit diesem Specialfach bekannt zu machen, ohne sie mit der ganzen grossen Literatur und allen Details zu beschweren. Indem also keine Vorkenntnisse vorausgesetzt werden, bespricht der Verf. ganz kurz die Haupterscheinungen und Phasen in der historischen Entwickelung der Psychiatrie; ferner die anatomischen, physiologischen und psychologischen Grundsätze, die heutzutage herrschen; weiter die allgemeine Pathologie, die elementaren Störungen, aus denen sich die Psychosen zusammensetzen und endlich ihre Ursachen. Im letzten Abschnitt dieses ersten Bandes giebt der Autor die Eintheilung oder Classification der Geisteskrankheiten. Es werden also auf c. 200 Seiten sehr viele wichtige und ausserordentlich schwierige Fragen besprochen. Es geschieht das in klarer, allgemeinverständlicher Weise; wenn auch Manches, wie uns scheint, gar zu kurz berührt wird, wie z. B. die Untersuchung Geisteskranker mit dem elektrischen Strom. Der Standpunct in Betreff des Ausgangs und Verlaufs der Geisteskrankheiten ist der von Griesinger; die Gefühlssphäre ist die Basis, auf der sich die übrigen Erscheinungen aufbauen. In diesem Rahmen haben die neueren Arbeiten keinen Raum; der Standpunct führt vielmehr in letzter Consequenz zu der Ansicht von Neumann, dass es überhaupt nur eine Geisteskrankheit gebe. Die wenigen Formen, die Griesinger noch auseinanderhält, sind dann nur Stadien derselben Krankheit. — Die Eintheilung von Tigges, die der Verf. am ehesten adoptiren möchte, kennt wenigstens noch die primäre Verrücktheit mit selbständiger Entwickelung; er betrachtet sie nicht als secundäre Form, hervorgegangen aus Melancholie und Manie.

Der allgemeine Theil, der den Hauptinhalt des vorliegender Bandes ausmacht, wird in jedem Fall dem Zweck ausreichend entsprechen, für den er bestimmt ist. Tiling.

Russische medicinische Literatur.

№ 245. **Wratsch.** № 41.

Inhalt: a) B. Greidenberg: Zur Frage der Schweissabsonderung.
b) Prof. M. Horwitz: Vereiterung der Wandungen bei Ovariencysten, vom klinischen Standpuncte betrachtet. (Forts.)
c) G. Herzenstein: Materialien zu einer künftigen Geschichte der medicinischen Bildung in Russland. (Forts.)
d) G. Amburger: Ueber einige Krankenanstalten Englands.

№ 246. **Klinitscheskaja Gaseta** № 28.

Inhalt: a) W. Bechterew: Trophische Veränderungen der Haut bei Krankheiten des Nervensystems. (Schluss.)
b) S. Warschawski: Sarkom der Leber.
c) S. Lukjanow: Ueber Functionsstörungen am Herzen, welche auf einzelne Bezirke desselben beschränkt sind.
d) A. Döppner: Materialien zur Geschichte der Wetljanka-Pest. (Forts.)

№ 247. **Wratschebnija Wedomosti.** № 39.

Inhalt: a) M. Schuschljabin: Anaemia perniciosa. (Schluss.)
b) J. Kawer: Ueber die Bedingungen zur Entwickelung der Diphtheritis. (Schluss.)
c) F. Treskin: Die Affectionen der Regio mastoidea, ihr Charakter und Verlauf. (Forts.)
d) J. Ucke: Die Rekrutenaushebungen im Ssamara'schen Gouvernement in den Jahren 1875—76—77.

№ 248. **Wojenno-Sanitarnoje Djelo** № 24.

Inhalt: a) N. Goldenberg: Der Sanitätszustand der fremdländischen Armeen.
b) A. Sandrock: Ueber die Evacuation der Kranken und Verwundeten im letzten türkischen Kriege. (Schluss.)
c) A. Karjakin: Bemerkungen über das Soldatenbrot.
d) J. Jochelson: Das Lager in Beljany bei Warschau in sanitarischer Hinsicht.

№ 249. **Medizinskoje Obosrenje** September-Heft. 1881.
Inhalt: a) Lunz: Zur Casuistik der Metalloskopie und Metallotherapie.
b) Orlow: Zur Casuistik der Exstirpation von Geschwülsten in der Fossa temporo-maxillaris.
c) S. Sajaiski: Ueber Leiter's Wärmeregulator.

№ 250. **Annalen der chirurgischen Gesellschaft in Moskau.** № 15.
Inhalt: a) W. Kusmin: Einige Bemerkungen über den Tetanus.
b) N. Sklifassowski: Ueber die Radicaloperation der Leistenbrüche, nebst Demonstration eines Operirten.
c) W. Kusmin: Ueber einige von ihm erdachte Verbesserungen, betreffend den Gelatine-Verband, den Kopfhalter bei Krankheiten der Wirbelsäule und den Leroi'schen Löffel zur Extraction von Blasensteinen.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Ueber hysterischen Hypnotismus von R. Heerwagen. Inaug.-Diss. — Dorpat 1881.
— The medical bulletin № 9.
— Statistische Mittheilungen über den Civilstand der Stadt Frankfurt a. M. im Jahre 1880.
— Ein Fall von Ohrgeräusch, bedingt durch eine aneurysmatische Erweiterung im Bereiche der Art. auricul. post. sin. von Dr. Jos. Herzog. (Sep-Abdr. aus: Monatsschr. für Ohrenheilk. № 8, 1881.)
— Prager medicinische Wochenschrift № 38 u. 39.
— Paris médical № 40.
— Chicago medical review № 6.
— Monatsschrift für Ohrenheilkunde № 9.
— II. Bericht über die Thätigkeit der «Anstalt für animale Impfung» zu Leipzig im Jahre 1880. (Sep.-Abdr. aus d. Corr.-Bl. der ärztl. Kreis- u. Bez.-Vereine im Königr. Sachsen. Bd. XXXI, № 7.)

Tagesereignisse.

— In Nischni-Nowgorod ist am 30. September c. der dortige Arzt Dr. A. Hartwig im Alter von 61 Jahren gestorben. Wie den «Wratschebnija Wedomosti» von dort geschrieben wird, hat der Verstorbene nach einer mehr als 30-jährigen Praxis seine Frau und sechs Kinder in dürftigen Verhältnissen hinterlassen.

— Vor Kurzem beging der bekannte Gynäkolog Prof. Dr. Credé sein fünfzigjähriges Jubiläum als Professor der Leipziger Universität.

— Die Leitung der geburtshülflichen Klinik in Breslau ist bis zur definitiven Besetzung des durch den Tod von Prof. Spiegelberg erledigten Lehrstuhls dem Privatdocenten Dr. Wiener übertragen worden.

— Professor Virchow sind während seiner letzten Reise in den Grenzen Russlands zahlreiche Beweise von Hochachtung, welche man dem grossen Gelehrten und Arzte hier zollt, zu Theil geworden. Ueber die begeisterte Ovation, welche ihm bei Gelegenheit des Besuches der Charkower Universität dargebracht wurde, haben wir bereits früher berichtet. Im Kaukasus wurde er in allen Städten, welche er berührte — so in Suram, Abas-Tuman, Borshom — von den örtlichen Aerzten empfangen. In Tiflis veranstalteten die dortigen Aerzte ihm zu Ehren ein Diner. Bei seiner Rückkehr aus dem Kaukasus über Odessa wurde ihm in dieser Stadt ein feierlicher Empfang seitens der Professoren, Aerzte und Studenten zu Theil. Die Odessaer Universität, sowie die Gesellschaft der Odessaer Aerzte haben ihn zu ihrem Ehrenmitgliede erwählt.

— Der Professor der Chirurgie an der Kijewer Universität Karawajew hat sich nach Ausdienung seiner Jahre der Wiederwahl durch Ballotement nicht unterworfen, ist jedoch durch Befehl des Ministers auf seinen früheren Posten als Director der chirurgischen Klinik wieder eingesetzt. Wie jetzt aus Kijew gemeldet wird, hat aber das Conseil der Universität ihm die Auszahlung des Gehaltes, welches aus den Ersparnissen der Universität entnommen werden sollte, einstimmig verweigert.

— Der bekannte Ophthalmologe Prof. v. Arlt, der im April 1882 nach erreichtem 70. Lebensjahre, einem in Oesterreich geltenden Gesetze gemäss, von dem Lehrstuhl der Augenheilkunde an der Wiener Universität zurückzutreten hätte, hat beim Unterrichtsministerium aus diesem Grunde um seine Entlassung gebeten. Der Unterrichtsminister hat jedoch, wie die «Allg. Wiener med. Ztg.» mittheilt, Prof. v. Arlt ersucht, von seinem Vorhaben abzustehen und noch bis Ende 1883 in seiner so überaus rühmenswerthen und anerkannten wissenschaftlichen und praktischen Thätigkeit an der Klinik zu verbleiben, und dies umsomehr, als die Wiener Universität gegenwärtig eine so ausgezeichnete Lehrkraft nicht so leicht entbehren könne. Man hofft, dass Prof. v. Arlt diesem Wunsche des Ministers nachkommen werde.

— Der frühere Prof. der Physiologie an der hiesigen medico-chirurgischen Academie Dr. J. Cyon, welcher gegenwärtig in Paris das bonapartistische Blatt «Le Gaulois» redigirt, ist wegen einer beleidigenden Aeusserung in diesem Blatte von dem Redacteur einer anderen Zeitung Triboulet zum Duell herausgefordert worden. Wie wir dem «Wratsch» entnehmen, ist Dr. Cyon mit dem Rappier am Handgelenk verwundet worden.

Miscellen.

— Im französischen Senegal herrscht eine intensive Gelbfieber-Epidemie. Man zählt 418 Todesfälle, (darunter 52 Officiere) in der Besatzung; ein Infanterie-Regiment wurde decimirt durch die Epidemie.

— Bezugnehmend auf eine von uns früher gebrachte Nachricht theilen wir heute mit, dass Prof. Beneke sich seit dem 12. September c. bereits in Norderney befindet und bei Beginn seiner Thätigkeit schon 12 Kranke daselbst anwesend waren.

— Prof. A. Walther entwirft in einer Warschauer Zeitung ein abschreckendes Bild von dem Asyl für uneheliche Kinder in Warschau. Auf jede Amme kommen dort 2 Säuglinge; die Mortalität betrug im Jahre 1879, gegen 46,2%, im Jahre 1880 sogar bis 46,7%. Die auf's Land gegebenen Kinder unterliegen keiner Aufsicht, nicht einmal einer nichtärztlichen.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 11. October 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	683	250	933
Alexander- «	433	150	583
Kalinkin- «	—	486	486
Peter-Paul- «	291	109	400
St. Marien-Magdalenen-Hospital	166	73	239
Marien-Hospital	292	239	531
Ausserstädtisches Hospital	224	125	349
Roshdestwensky-Hospital	47	37	84
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	350	128	478
4 zeitw. Hospitäler	445	138	583
Ausschlags-Hospital	11	8	19
Summa der Civilhospitäler	2942	1743	4685
Nikolai-Kinder-Hospital	37	46	83
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	60	82	142
Elisabeth-Kinder-Hospital	20	26	46
Summa der Kinderhospitäler	117	154	271
Nicolai-Militär-Hospital	375	19	394
Ssemenow'sches Militär-Hospital	227	—	227
Kalinkin-Marine-Hospital	209	—	209
Gesammt-Summa	3870	1916	5786

Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	960	267	1227
Scarlatina	15	18	33
Variola	9	5	14
Venerische Krankheiten	593	482	1075

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 4. bis 11. October 1881 besucht von 2328 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1024.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs

für die Woche vom 27. September bis 3. Oktober 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 539 Todtgeborene 17). — Mortalität 41,8 p. M.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
302	237	539	111	33	85	16	7	24	49	52	56	42	35	20	6	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 8, Typh. abd. 13, Febris recurrens 13, Typhus ohne Bestimmung der Form 6, Pocken 4, Masern 3, Scharlach 7, Diphtheritis 18, Croup 4, Keuchhusten 2, Puerperalkrankheiten 5, Dysenterie 1, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 3.

— Gehirnapoplexie 19, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 26, andere Gehirnkrankheiten 22, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 8, acute Entzündung d. Athmungsorgane 66, Lungenschwindsucht 84, andere Krankheiten der Brusthöhle 14, Gastro-intestinal-Krankheiten 104, andere Krankheiten der Bauchhöhle 23, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 26, Marasmus senilis 25, Cachexia 16.

— Tod durch Zufall 5, Selbstmord 1. Mord 0.

— Andere Ursachen 8.

Nächste Sitzung d. deutschen ärztlichen Vereins, Montag den 19. October 1881.

Nächste Sitzung des allgem. Vereins St. Petersburger Aerzte, Dienstag den 27. October 1881.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 16 Октября 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh., Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

ST. PETERSBURGER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg, Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 43. St. Petersburg, 24. October (5. November). 1881.

Ueber den Einfluss der Badekur in Staraja Russa auf die fibrösen Geschwülste der Gebärmutter.

Von

F. Weber.

Während der Badesaison 1881 in Staraja Russa kamen 16 Fälle von Fibromyoma uteri gar verschiedener Art in meine Behandlung. Das Alter der betreffenden Patienten schwankte zwischen 25 und 58 Jahren, wobei die grösste Zahl (9 = 56 %) auf das 4. Jahrzehnt kam. Die Dauer der Krankheit vor der Badekur belief sich auf 1½ bis 30 Jahre, wobei nur 1 frischer Fall (1½ Jahr) verzeichnet wurde und 4 Fälle schon seit 20—30 Jahren bestanden, die übrigen 11 Fälle waren 5 bis 20 Jahre alt. Wir hatten es also meist mit recht inveterirten Fibromyomen zu thun. — Die Grösse der krankhaften Geschwülste war ebenfalls sehr verschieden. Dieselben erreichten in 2 Fällen nur den Umfang eines Hühner- und in 4 Fällen eines Gänseeies. In den übrigen 10 Fällen waren die Geschwülste bedeutend umfangreicher, so dass der, von den Neubildungen durchsetzte Uterus mit seinem Scheitel die Symphyse um 10—30 Centimeter überragte. In 9 Fällen war nur *eine* Geschwulst zu eruiren, in 7 Fällen hingegen war die Gebärmutter von mehreren Fibromyomen durchsetzt. In einem Falle war nur eine *subperitonäale fibröse Geschwulst* zu erkennen, in 10 Fällen hatten wir es mit interstitiellen und in 4 Fällen mit *beiden* Abarten zu thun.

Was die Entstehung der Neubildungen anbetrifft, so wurden dieselben in 9 Fällen nach der Geburt, in 3 Fällen nach Abort zuerst bemerkt, in den übrigen 4 Fällen waren die betreffenden Kranken von Hause aus steril. In den meisten Fällen war nach Entwickelung der Fibromyome keine weitere Gravidität eingetreten, doch machten 3 Fälle davon eine Ausnahme, indem trotz umfangreicher Geschwülste Schwangerschaften mit rechtzeitigen Geburten zustande kamen. — Bei den sterilen Frauen wurden mechanische Insulte, so wie Erkältungen während der Menstruation als Entstehungsursachen angegeben.

Der Einfluss der Badekur in Staraja Russa auf das Volumen der krankhaften Geschwülste war nicht immer gleichartig, denn in 9 Fällen war wirklich eine Verkleinerung der Geschwulst bemerkbar, wogegen in 7 Fällen das Volumen derselben nicht abnahm. Eine Zunahme des Volumens der Fibrome in Vergleich zu dem Status vor Beginn der Badekur ist in keinem Falle bemerkt worden, doch ist in den meisten Fällen eine Schwankung der Volumenmaasse verzeichnet, die sich durch An- und Abschwellen der Geschwülste manifestirte und mit der Menstruation in engem Causalnexus stand, denn je näher der Zeit nach die Messung des erkrankten Organs der Menstrualperiode stand, um so bedeutender war die Volumzunahme desselben; der geringste Umfang der Geschwulst fiel so ziemlich in die Mitte zwischen dem letzten Tage der letzten Menstruation und dem ersten Tage der nächstfolgenden. Bedeutendere Schwankungen im Volum der krankhaften Geschwülste wurden durch den Charakter derselben bedingt, denn wie bekannt sind die cavernösen Fibromyome zu ganz ausserordentlichen An- und Abschwellungen geeignet, wogegen Fibrome mit festem Gewebe nur unbedeutenden Schwankungen unterliegen. Auch war die Volum-Zu- und Abnahme in demselben erkrankten Organ nicht eine gleichmässige, da der Uterus oft von verschiedenartigen Geschwülsten, was Alter und Structur anbetrifft, durchsetzt war, wodurch die erkrankte Gebärmutter in der Anschwellungsperiode oft eine ausserordentlich unregelmässige Form annahm. Die zeitweilige An- und Abschwellung der Fibromyome erschwert nicht wenig die Beantwortung der Frage ob im betreffenden Falle die Geschwulst wirklich bleibend oder nur temporär abgeschwollen sei.

In einigen Fällen, wo die Abschwellung der Gebärmuttergeschwulst eine wirklich beträchtliche war und bleibend zu sein schien, hatten wir es nicht mit reinen fibrösen Ge-

schwülsten, sondern mit Fällen zu thun, wo die Fibromyome mit perimetritischen Auflagerungen und parametritischen Infiltrationen complicirt waren, so dass die Verkleinerung wohl hauptsächlich dem Schwunde dieser Infiltrate und Exsudate zuzuschreiben war. Es ist auch schwer anzunehmen, dass 10—30 Jahre bestehende fibröse Geschwülste nach einer Badekur von 1—2 Monaten in ihrem Wesen so weit umgestimmt werden könnten, dass wirklich eine bedeutende Abnahme des Volumens derselben zustande kommen könnte. Eine Ausnahme machen die Fälle wo das Fibromyom mit Gravidität complicirt ist, wo nach der Geburt mit der Involution des Uterus oft eine bedeutende Verkleinerung eintritt. Ueber einen Fall dieser Art will ich hier die Krankengeschichte mittheilen.

M. G. Ingenieursfrau von 28 Jahren, graciler, sonst aber guter Körperconstitution, an Hysterie und verschiedenen Affectionen des Nervensystems leidend, unter denen die Hemicranie eine hervorragende Rolle spielt; Die Menstruation stellt sich zum ersten Male mit 13 Jahren ein, dauert eine ganze Woche, ist profus, sonst aber regelmässig. Pat. ist seit 11 Jahren verheirathet, hat in den ersten 6 Jahren der Ehe 5 ausgetragene, doch ausserordentlich kleine Kinder geboren, wurde vor 5 Jahren wieder geschwängert, und abortirte im 2. Monat in Folge von mechanischen Insulten. Seit der Zeit leidet Pat. an Metritiden, unregelmässiger und profuser Menstruation, wobei eine Geschwulst im Abdomen bemerkt wurde, die allmälig an Umfang zunahm. Seit 3 Jahren ist Pat. in meiner Behandlung und es gelang mir durch hypodermatische Ergotininjectionen, sowie durch heisse vaginale Sool- und Wasserdouchen der Blutungen Herr zu werden; auch nahm die voluminöse Geschwulst allmälig an Umfang ab, so dass der Scheitel derselben, welcher Anfangs die Symphyse um 13 Centimeter überragte, später nur wenig über das Niveau derselben zu stehen kam, vor jeder Menstruation aber bis auf das doppelte des Volumens anschwoll, um nachher wieder allmälig abzuschwellen, was für den cavernösen Charakter derselben sprach. Im October 1880 begann die Geschwulst wieder zu wachsen, wobei die in der letzten Zeit geregelte Menstruation wieder unregelmässig wurde und der Ausfluss an Quantität abnahm. Im December bemerkte man, dass nicht nur die krankhafte Geschwulst der Gebärmutter, die in der vorderen Wand, mehr nach links und oben sass, sondern auch das Organ selbst an Umfang zunahm. Da sich zu gleicher Zeit eine Hyperemesis und charakteristische Veränderungen der Brustwarzen einstellten, so war trotz der periodisch auftretenden blutigen Ausscheidungen eine Gravidität zu vermuthen, und wurde deshalb für's erste die Behandlung der krankhaften Geschwulst ausgesetzt, dagegen das Erbrechen erfolgreich mit Cereum oxalatum, Mag. Bismuth. und Codein behandelt. Die Ende Januar sich einstellenden Kindsbewegungen bestätigten die Diagnose der Schwangerschaft. Mit der Gravidität nahm der Umfang der krankhaften Geschwulst zu. Bei den schlaffen Bauchdecken war sie sehr gut zu palpiren und konnte bei ihrer Elasticität fast eine gefüllte Harnblase vorspiegeln. Zum Ende der Schwangerschaft stand der Scheitel der krankhaften Geschwulst 15 Centimeter über der Symphyse, auch gab dieselbe ein wesentliches Geburtshinderniss ab. — Nach 24-stündiger Geburtsdauer stellte sich plötzlich eine Metrorrhagie ein. Das Fruchtwasser war seit mehreren Stunden abgeflossen, der schlaffe Muttermund durch die sich in das Becken drängende fibröse Geschwulst stark nach hinten gedrängt, im Muttermunde waren 2 Füsschen zu fühlen, der Steiss nicht zu erreichen. Da es durch äussere Handgriffe nicht gelang die Geschwulst, welche dem Durchtritte der Frucht störend im Wege stand, aus dem Becken emporzuheben, führte ich die linke Hand in die Scheide, drang bis zu den vorliegenden Kindstheilen vor, erfasst beide Füsschen, drängte mit der rechten Hand die Geschwulst durch die Bauchdecken nach oben, und so gelang mir ziemlich rasch die Extraction eines kleinen 5 Pfd. schweren, stark asphyktischen, doch bald belebten Kindes. Die Placenta folgte nicht sofort, doch da die Blutung stand, wurde der Abgang derselben den Naturkräften überlassen; als aber 4 Stunden nach Beendigung der Geburt des Kindes sich wieder eine profuse Blutung einstellte musste die Placenta künstlich entfernt werden. Nach vergeblichen Versuchen dieselbe durch den Credé'schen Handgriff zu exprimiren, musste sie auf internem manuellem Wege entfernt werden. Hierbei war die voluminöse Neubildung wieder sehr hinderlich, denn sobald die Massage des Uterusgrundes unternommen wurde, so drang bei der ersten Uteruscontraction die Neubildung mit Vehemenz in die Beckenhöhle. Mit ähnlichen Manipulationen wie bei der Extraction der Frucht gelang es endlich die mit $^2/_3$ der Oberfläche adhärirende Placenta zu entfernen, worauf die Blutung sofort stand. Der Uterus contrahirte sich vortrefflich, das Wochenbett verlief regelrecht, auch schwoll die Neubildung in dem Grade wie der Uterus sich involvirte, allmälig ab, so dass der Scheitel in der 6. Woche nur 10 Ctm. über der Symphyse stand. Um nun die Geschwulst erfolgreicher zu behandeln, transferirte ich die Pat. nach Staraja Russa, wo das Fibromyom nach Gebrauch einer Badecur von 6 Sool-, 7 Schlamm- und 27 Soolfichtennadelbädern bis auf 6 Ctm. Höhe und 3 Ctm. Breite zusammenschrumpfte.

In allen Fällen von Fibromyom waren Menorrhagien und sogar unzeitige Uterinblutungen vorhanden. Letztere traten hauptsächlich bei Frauen auf, die bereits das climakterische Alter erreicht hatten. Die Badekur wirkte auf dieses Symptom je nach der Individualität der Kranken sehr verschieden, da in 8 Fällen die Menorrhagien beseitigt wurden, in 2 Fällen hingegen dieselben exacerbirten. — Unzeitige Blutungen traten in 5 Fällen auf, und zwar in 4 Fällen bald nach Beginn der Schlammbadkur und in 1 Falle nach heftigem Schreck. In der heurigen Saison sahen wir die unzeitigen Blutungen, so wie die Menorrhagien häufiger auftreten wie in der Saison von 1880. Die Blutungen traten meist in den Fällen ein, wo ausgebreitete Parametritis und Perimetritis den Fall complicirten und zu mehr weniger energischer Schlammbadbehandlung einluden.

In keiner zweiten Krankheitsform der weiblichen Sexualsphäre hat man sich bei Anwendung der localen Heilmittel von Staraja Russa so sehr der Individualität der betreffenden Patienten anzupassen als eben beim Fibromyom. Gewöhnlich beginne ich bei Fibromyomen der Gebärmutter ohne Complicationen mit einfachen Soolbädern und prolongirten Vaginalsooldouchen von 24—32° R.; den Bädern werden bei nervösen, anämischen Personen Eisen- und Fichtennadelpräparate, bei vollsaftigen und pastösen Personen

hingegen Jodpräparate hinzugesetzt. Zu Schlammbädern überzugehen ist meist überflüssig und nicht selten sogar nachtheilig, da so concentrirte Bäder, wie es die Schlammbäder sind, Menorrhagien und Metrorrhagien veranlassen können. Bei eintretenden Menorrhagien und Metrorrhagien wirken heisse Sooldouchen von 35—38° R. und darüber haemostatisch, auch wird durch warme Sooldouchen von 28—31° R. in den Menopausen dem Auftreten der Menorrhagien vorgebeugt, doch hängt auch dieses wiederum von der Individualität der Pat. ab. So hatte ich einen Fall, ein graciles, anämisches, nervöses, seit Jahren am Fibromyom und profusen Blutungen leidendes Fräulein in Behandlung, bei dem schon in Petersburg heisse Wasser- und Sooldouchen mit Erfolg gegen die Menorrhagien und unzeitigen Metrorrhagien angewandt worden waren. Da die erste Menstruation, die bald nach der Ankunft in Staraja Russa eintrat, recht profus war, so verordnete ich prolongirte warme Sooldouchen in der Menopause und erzielte nur negativen Erfolg, indem die Menopause abgekürzt wurde, die Menorrhagie exacerbirte, und an eine Fortsetzung der Badekur nicht gedacht werden konnte. Wenn auch Fälle dieser Art vereinzelt dastehen, so sind doch die Kranken auf die Möglichkeit eines solchen Zwischenfalles aufmerksam zu machen, um bei eintretender unzeitiger Blutung sofort die prolongirten Vaginalsooldouchen auszusetzen. Während der Menorrhagien kommt man auch zuweilen in die Lage die heissen Sooldouchen durch heisse Wasserdouchen ersetzen zu müssen, in Fällen nämlich wo nach den Sooldouchen Reizerscheinungen auftreten, oder zuweilen zu den prolongirten intrauterinen heissen Sooldouchen überzugehen, wo das durch die Localverhältnisse nicht contraindicirt wird.

Wenn parametritische Infiltrate oder perimetritische Exsudationen die Fibromyome compliciren, muss man meist von den Sool-Fichtennadelbädern zu den Schlammbädern übergehen, doch zeigte sich gerade in diesen Fällen dann und wann Exacerbation der Menorrhagien oder stellten sich gar unzeitige Blutungen ein, daher sind eben diese Pat. recht sorgfältig zu überwachen. Die Localbehandlung des Uterus wurde ausserdem durch Jodoform oder Ergotinsuppositorien unterstützt, auch hypodermatische Ergotininjectionen wurden in einzelnen Fällen angewandt.

31. August 1881.

Praktische Regeln für Hebammen [1]

entworfen von der

Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

§ 1. Die Hebammen sind verpflichtet zu jeder Zeit Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen [2], welche ihren Beistand fordern, sofort die nöthige Hilfe zu leisten und Neugeborenen die erste Pflege und Wartung angedeihen zu lassen. Desgleichen sind sie verpflichtet, sobald sich bei jenen Kranken Regelwidrigkeiten zeigen, selbst trotz etwaiger Einsprache der Patienten oder deren Umgebung, ungesäumt auf Herbeischaffung eines Arztes zu dringen.

§ 2. Die Hebammen sind verpflichtet stets Stillschweigen zu beobachten, besonders über solche Vorfälle, die keine weitere Verbreitung gestatten.

[1] Den vorliegenden Entwurf bringen wir in extenso, in der Meinung dass er auch für weitere Kreise von Interesse sein dürfte. Wenn auch nicht jeder einzelne Punkt unanfechtbar ist, so enthalten diese «Regeln» doch jedenfalls Bestimmungen von so eminenter Wichtigkeit, dass sie es wohl verdienten Gesetzeskraft zu erlangen. (Red.)

[2] Bei krankhaften Schwangerschafts- u. Wochenbettzuständen.

§ 3. So lange eine Hebamme eine an Kindbettfieber [1] leidende Frau bedient, ist es ihr strengstens verboten, während der Dauer jener Krankheit und mindestens noch 3 Tage hinterher (behufs wiederholter Reinigung ihres Körpers und ihrer Kleidung)

1) eine Schwangere zu untersuchen,
2) einen Abort oder eine Geburt zu leiten,
3) eine Wöchnerin zu besuchen.

§ 4. Desgleichen darf eine Hebamme mit Wunden, Geschwüren und Ausschlägen an den Händen keine Entbindung und keine Wochenbettpflege übernehmen.

§ 5. Die Hebammen dürfen unter keinem Vorwande eine in Kindsnöthen befindliche Frau vor Beendigung der Geburt, selbst bei ganz regelrecht verlaufener, vor zwei Stunden nach Abgang der Nachgeburt verlassen, es sei denn, dass eine andere Hebamme mit Einwilligung der Gebärenden in ihre Stelle tritt.

§ 6. Die Hebammen müssen sich gegen ihre Schutzbefohlenen ohne Ausnahme sorgfältig, höflich und geduldig bezeigen. Vor allen Dingen schweigsam, nicht plapperhaft sein, namentlich nie durch Mittheilung geburtshilflicher Erlebnisse zur Unterhaltung der leidenden Frau oder deren Angehörigen beitragen, noch durch besorgliche, unvorsichtige Aeusserungen über den Zustand der Kranken dieselbe beängstigen. Sie sollen vielmehr durch Theilnahme bezeigende, Muth zusprechende Worte, durch willige Handleistungen, durch bequeme Lagerung und dergleichen, die Leiden der Gebärenden zu lindern suchen; sie sollen die Kreissenden von zu frühzeitigem Mitarbeiten bei den Wehen zurückhalten, nie dazu antreiben.

§ 7. Wie die Hebamme durch ihr ganzes Benehmen zur Gemüthsruhe der Kranken beizutragen hat, so soll es auch ihre Aufgabe sein, jede Störung durch andere Personen zu verhindern und Besuche ohne ärztliche Einwilligung vom Krankenzimmer fern zu halten.

§ 8. Der Körper und die Kleidung der Hebamme muss stets sauber sein. Besonders sind die Hände zu pflegen, geschmeidig und rein zu halten, die Nägel an den Fingern gehörig zu beschneiden. Am Geburts- und Wochenbett hat sie womöglich in einem reinen hellen leinenen oder baumwollenen Waschkleide mit zurückgeschlagenen Aermeln zu erscheinen.

§ 9. Dem Arzt der Schwangeren, Gebärenden und Entbundenen hat die Hebamme stets mit gebührender Achtung zu begegnen, dessen Anordnungen ohne Widerrede strengstens zu befolgen und auch auf die Erfüllung seiner Vorschriften von Seiten der Kranken und deren Umgebung hinzustreben; sich selbst aber der Empfehlung von Heilmitteln völlig zu enthalten.

§ 10. Die Hebamme muss nachstehend bezeichnete Gegenstände [2] in reinlichstem, unverdorbenem Zustande bei jeder Geburt mit sich führen:

1) Eine Nagelbürste. 2) Carbolseife. 3) Eine Lösung von Carbolsäure in Provencer-Oel oder Vaseline (5%). 4) Ein festes Glas mit einigen Esslöffeln concentrirter Carbolsäure. 5) Einen Irrigator (Blechkrug) mit Gummi-Schlauch und Glasrohr (als Mutterrohr), und ein Afterrohr. 6) Einen weiblichen neusilbernen Katheter. 7) Eine Nabelschnurscheere. 8) Lein-Bändchen zum Unterbinden der Nabelschnur. 9) Reine Watte. 10) Je ein Gläschen mit Salmiakgeist und aetherischen Baldriantropfen. 11) Einen Badethermometer oder wenn möglich einen Krankenthermometer.

Vor und nach einer jeden Benutzung sind die Instrumente sorgfältig zu säubern, die metallenen und gläsernen auf mindestens 10 Minuten in siedendes Wasser zu legen und hinterher mit zersetzungswidrigem Wasser (z. B. 10% Carbolwasser [3]) gründlich abzuwaschen.

§ 11. Die Hebamme hat, so weit es möglich ist, für reine Luft des Krankenzimmers, für Sauberkeit des Körpers der Kranken, für Sauberkeit der Leibwäsche, der Unterlagen, der Stopftücher, der Leibschüsseln u. s. w. zu sorgen und keinerlei verunreinigte Gegenstände im Zimmer zu dulden. — Zur Reinigung der Kranken dürfen nie Waschschwämme, sondern nur leinene Tücher oder Lappen verwandt werden. Als Waschwasser für die äusseren Geburtstheile, des Unterleibes und der Oberschenkel ist ein mit zersetzungswidrigen Stoffen versetztes, in sauberer Schüssel zubereitetes Wasser (z. B. 2% Carbolwasser) [4] zu brauchen.

[1] Womöglich sollte eine Hebamme falls sie Patientinnen, die an anderen ansteckenden Krankheiten (Diphtheritis, Scharlach, Pocken u. s. w.) leiden, in Pflege hat, sich auch für die oben angegebene Zeit von ihren Berufsgeschäften fernhalten.

[2] Bemittelte Frauen sind zeitig zur Anschaffung oben genannter Gegenstände zu veranlassen, unbemittelte halte die Hebamme wenigstens, um sich selbst vor Unkosten zu bewahren, zur Beschaffung einiger Esslöffel conc. Carbolsäure an.

[3]

1 Esslöffel Carbols. auf ein Stof Wasser ist ungefähr gleich	1¹/₃ %
2 » » » » » » » » »	2²/₃ %
3 » » » » » » » » »	4 %
4 » » » » » » » » »	5¹/₃ %
8 » » » » » » » » »	12²/₃ %
1 Theelöffel Carbols. auf ein Biergl. Wass. v. mittl. Grösse gleich	2 %
2 » » » » » » » » »	4 %

[4] Oder in Stelle dessen:

Crystallisirte Salicylsäure	1	Theil	auf	500	Theile Wasser.
Hypermangansaures Kali	1	»	»	400	» »
Chlorkalk	1	»	»	100	» »
Chlorwasser	5	»	»	100	» »
Chlorzink	1	»	»	30—20	» »

§ 12. Vor jeder Niederkunft sorge die Hebamme für Darm- und Blasenentleerung. Die Clystiere setze sie aus hoch erhobenem gefülltem Irrigator mit einfach lauem Wasser. [1]

§ 13. Jedesmal ehe die Hebamme eine Schwangere, Gebärende oder Wöchnerin berührt, muss sie sich stets zuvor im Hause derselben die Vorderarme, die Hände und namentlich die untere Fläche der Nägel auf das Sorgfältigste mit einer Nagelbürste, Carbolseife und fäulnisswidrigem Wasser (z. B. 2% Carbolwasser) reinigen. Die zur Untersuchung der Frauen zu benutzenden Finger sollen mit Carbolöl (5%) bestrichen werden und sind die Untersuchungen und Berührungen der Geburtstheile mit grösster Behutsamkeit und nur so oft als dringend nothwendig, vorzunehmen.

§ 14. In den nachfolgend verzeichneten Fällen ist die Hebamme verpflichtet, ohne Aengstlichkeit zu verrathen, ernstlich auf Herbeischaffung eines Arzts zu bestehen:

Bei jedem Abort; bei missgestaltetem Becken; bei Geschwülsten in der Unterleibshöhle; bei Vorliegen des Mutterkuchens; bei Unnachgiebigkeit des Muttermundes; bei Anschwellung der vorderen Muttermundslippe; bei Gebärmutter- und Scheidenrissen; bei ungewöhnlich enger Scheide; bei Geschwülsten und Verwachsungen derselben; bei Blutaderknoten und bei stärkeren Anschwellungen der äusseren Geburtstheile; — bei zu grosser Derbheit der Eihäute; bei Zwillingen; bei allen regelwidrigen Lagen des Kindes; bei plötzlicher Zunahme und bei Abnahme der Zahl oder der Stärke der Herztöne der Frucht; beim Nabelschnurvorfall; beim Missverhältniss des Kopfes zum Becken; bei abgestorbener fauliger Frucht; — bei andauernder Wehenschwäche oder Krampfwehen; bei Krämpfen der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen; bei gefahrdrohenden Blutungen während der Schwangerschaft, während und nach der Geburt und im Verlauf des Wochenbetts; bei Schwächezuständen und tiefen Ohnmachten der Schwangeren, Niederkommenden und Entbundenen; bei unstillbarem erschöpfendem Erbrechen: bei Harnverhaltung; bei jeder Verletzung des Dammes durch die Geburt: — bei Scheintod und Schwächezuständen des Neugeborenen, bei Verschliessung des Mastdarms oder der Harnröhre des Kindes; bei Harnverhaltung desselben; — wenn eine Stunde nach der Geburt der Frucht die Nachgeburt nicht ausgestossen ist; bei zurückgebliebenen Theilen der Nachgeburt; wenn keine genügenden Zusammenziehungen der Gebärmutter nach der Geburt statthaben; bei Vorfall und Umstülpung der Gebärmutter nach der Geburt; bei übelriechenden Ausflüssen im Wochenbett; beim Stocken des Wochenflusses; bei Schmerzhaftigkeit des Unterleibes der Entbundenen auf Druck; bei sich einstellendem Fieber der Wöchnerin und bei allen sonstigen Regelwidrigkeiten, die sich bei einer Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerin oder bei dem Neugeborenen zeigen sollten.

§ 15. Sobald das lebende Kind die Geburtstheile verlassen, hat die Hebamme demselben rasch mit einem sauberen und mit reinem Wasser befeuchteten leinenen Läppchen die Augen auszuwaschen, Nase und Mund von Schleim gründlich zu reinigen, das Kind wiederholt zu kräftigem Schreien anzuregen, es abzunabeln, in warme Tücher bei freiem Munde zu hüllen und es sorgsam in Seitenlage an einen sicheren Ort wegzulegen. Alsdann muss die Hebamme — es sei denn dass ein Kind scheintodt geboren worden ist und somit sogleich der Wiederbelebungsversuche bedarf — vor Allem der Wöchnerin ihre ganze Aufmerksamkeit und Thätigkeit zuwenden.

§ 16. Die Hebamme muss mindestens eine halbe Stunde hindurch nach Abgang der Nachgeburt unausgesetzt den Gebärmuttergrund mit der Hand überwachen, in Pausen durch sanfte kreisförmige Reibungen desselben, gründliche Zusammenziehungen der Gebärmutter anzustreben suchen. Nachdem dieses vollständig erreicht ist, hat sie alle durch die Entbindung verunreinigten Körpertheile der Wöchnerin mit Carbolseife und zersetzungswidrigem Wasser (z. B. 5% Carbolwasser) zu säubern, etwaige Verletzungen des Dammes mit einem mit Carbolöl (5%) getränkten Läppchen zu belegen, alle unreinen Unterlagen schleunigst aus dem Zimmer zu entfernen und durch reine zu ersetzen.

§ 17. Bei abgestorbener fauliger Frucht ist, ehe die im vorhergehenden § vorgeschriebene Säuberung der Entbundenen erfolgt, eine Ausspülung der Scheide mit dem, etwa 1 Fuss über dem Lager gehaltenen Irrigator vorzunehmen. Zur Einspritzung verwendet die Hebamme laues zersetzungswidriges Wasser (2% Carbolwasser) bei strengster Vermeidung gleichzeitigen Eintritts von Luftblasen. [2]

§ 18. Erst nachdem der Entbundenen die angeführte Pflege zu Theil geworden ist, soll die Hebamme mit Sorgfalt und Aufmerksamkeit sich dem lebenden Neugeborenen zuwenden.

§ 19. Das Badewasser des Kindes muss stets mit dem Thermometer geprüft werden und darf nicht wärmer als 28 Grad R. oder 35 Grad C. sein. Das Kind ist erst, nachdem die Mutter einige Stunden die Ruhe genossen, jedoch spätestens 12 Stunden nach erfolgter Entbindung, an die Brust zu legen.

§ 20. Ein scheintodt geborenes Kind ist, nachdem Nase und Mund rasch von Schleim und Kindspech gereinigt worden sind, mit kaltem Wasser anzuspritzen, abgenabelt in eine Wanne mit recht warmem Wasser (30 Grad R. oder 37½ Grad C.) zu bringen, in kurzen Zwischenräumen aus dem Bade zu heben, an der Luft auf- und niederwärts zu schwenken. Dazwischen ist die Brust und die Magengrube mit einem kräftigen Strahl kalten Wassers zu begiessen oder auch selbst das Kind auf einen flüchtigen Augenblick in kaltes Wasser zu tauchen, dann wieder rasch bis zur gründlichen Erwärmung in das warme Bad zurück zu bringen u. s. f. — Gleichzeitig ist der Körper, besonders an den Fussohlen mit Flanell oder einer ganz weichen Bürste leicht zu reiben, auch kann das Innere der Nase und des Schlundes mit dem weichen trocknen Bart einer kleinen Vogelfeder gekitzelt werden. Mit einer derartigen, umsichtig gehandhabten Behandlung hat die Hebamme fortzufahren bis volles Leben eingetreten oder bis der Arzt zur Anwendung anderer Belebungsmethoden hinzugekommen ist. Trotz Ausbleibens der Athmung des Scheintodten darf die Hebamme ihre Belebungsversuche nicht vor einer Stunde aufgeben. Unter keiner Bedingung soll sie selbst versuchen Lufteinblasungen zu machen.

§ 21. In Fällen, wo es sich zeigen sollte, dass die Wöchnerin und das Kind wie z. B. beim Scheintode, gleichzeitig der Hebamme bedürftig sind, hat diese ausser einen Arzt, schleunigst noch eine zweite Hebamme herbeirufen zu lassen, um jedem Pflegebedürftigen einen sachverständigen Beistand gewähren zu können.

§ 22. Nachdem die Entbundene und das Kind vorschriftmässig verpflegt worden sind, besichtige die Hebamme genau die Nachgeburt, ob Stücke des Gewebes oder Theile der Eihäute fehlen. Die Nachgeburt bewahre sie ausserhalb des Krankenzimmers auf, um dem Arzt die Möglichkeit zu geben sie in Augenschein zu nehmen.

§ 23. Die Hebamme soll das Wochenbett mit grösster Umsicht überwachen, auf gute Lagerung, günstige, luftige nicht zugige Stellung des Bettes und mässige Verdunkelung des Zimmers bedacht sein. Sie hat dafür zu sorgen, dass bei jeder Wöchnerin, welche mindestens 10 Tage das Bett zu hüten hat, in den ersten 8 Tagen nach der Niederkunft wenigstens drei mal täglich alle verunreinigten Unterlagen gewechselt und bei jedem Wechsel Waschungen der Geburtstheile mit fäulnisswidrigem lauen Wasser (2% Carbolwasser) vorgenommen werden. In dem Wochenzimmer, das täglich wiederholt gründlich zu lüften, darf sie keine verunreinigten Gegenstände, ebenso auch nicht das Aushängen und Trocknen der Kinderwäsche an dem Ofen dulden. Sie hat auf Fiebererscheinungen der Kranken zu achten, den Unterleib auf Empfindlichkeit beim Betasten zu prüfen, auf die Menge, das Aussehen und den Geruch des Wochenflusses und auf regelmässige Entleerungen des Darmes und besonders auf die der Blase zu sehen. — Wird von der Wöchnerin das Anlegen einer Leibbinde gewünscht, kann es geschehen, doch darf sie nicht zu fest angezogen werden und muss sie täglich durch eine reine — falls verunreinigt noch häufiger — ersetzt werden.

§ 24. Den Hebammen liegt es ob die sog. Wochenbett-Pflegerinnen dazu anzuhalten die in den § 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 19, 23, gegebenen Vorschriften gleichfalls strengstens einzuhalten.

Referate.

L. Lewin und O. Rosenthal (Berlin): Das Verhalten des Chrysarobins bei äusserlicher und innerlicher Anwendung. (Berlin.) Virch. Arch. Bd. 85. Heft 1.

1) Die Verff. suchten festzustellen, ob nach innerlicher Verabreichung von Chrysarobin eine Oxydation desselben zu Chrysophansäure, wie sie ausserhalb des Organismus unter dem Einflusse der Luft sowie anderer Oxydationsmittel Liebermann und Seidler beobachtet haben, stattfinde. Als Erkennungsmittel für das Vorhandensein von Chrysophansäure diente die Farbe des Harns, welcher nach Einführung Chrysophansäurehaltiger Substanzen (z. B. Rheum, Senna) grünlich-gelb erscheint und kirschroth wird, wenn der Harn alkalische wird. Das von den Verff. aus Ararobapulver durch Extraction mit heissem Benzol selbst dargestellte Chrysarobin wurde Kaninchen (zu 0,1—0,75 Gramm pro dosi) mit Brodkrumen zu Pillen geformt in Substanz gereicht. Sowohl im Tags nach der Eingabe entleerten Harn wie im (mit Wasser ausgekochten) Koth konnte die Chrysophansäure unzweifelhaft nachgewiesen werden. Es ergab sich indess zu gleicher Zeit, dass nicht die ganze Menge des eingeführten Chrysarobins in Chrysophansäure umgesetzt wird. Im Verlaufe des Versuchs bekam nämlich das Kaninchen Haematurie. Nach Verabreichung von reiner Chrysophansäure (Schroff, Buchheim) aber sind toxicologische Wirkungen nie beobachtet worden; die Haematurie kann deshalb nicht von der Chrysophansäure bedingt sein, sondern nur durch das mit dieser gleichzeitig ausgeschiedene Chrysarobin (wie übrigens auch durch den Verlauf der Harnreaction klar wird).

2) Die Frage, ob bei äusserlicher Anwendung des Chrysarobins eine Resorption des Mittels durch die unversehrte Haut vor sich geht und welche Veränderungen dasselbe nach seiner eventuellen Aufnahme im Körper erleidet resp. hervorruft, suchten die Verff. dadurch zu beantworten, dass sie an Kaninchen eine grössere Fläche rasirten, zum Abheilen etwaiger Hautläsionen mehrere Tage sich selbst überliessen und alsdann mit folgender Salbe mittelst Borstenpinsels mehrere Tage hinter einander einrieben:

Chrysarobini 2,0
Axung. porc. 30,0

[1] Der Reinlichkeit halber werden die Bettschieber aus Thon, die zu dem billiger sind als zinnerne, empfohlen. Die Polster für die Schieber sind zu verwerfen; die Schieber vor dem Gebrauch zu erwärmen.

[2] Das Mutterrohr soll von der Hebamme mit grösster Vorsicht, nie tiefer als 1½ Zoll in die Scheide geführt werden.

Die so behandelte Fläche wurde mit einem impermeablen Stoffe bedeckt und durch einen fest sitzenden, den Körper deckenden, aber die Bewegung nicht hindernden Verband abgeschlossen. Der gelassene Harn (mit Benzol ausgeschüttelt, zu dem abgehobenen Benzol Natronlauge gesetzt) giebt Chrysophansäure-Reaction (an der Contactfläche beider Flüssigkeiten entsteht ein violett-rother Saum), enthält aber bald auch Eiweiss. Es ist hiernach erwiesen, dass bei äusserer Application des Chrysarobins eine Resorption desselben durch die gesunde Haut stattfindet, dass das resorbirte Chrysarobin im Körper zum Theil in Chrysophansäure umgewandelt wird und dass der unzersetzte den Organismus durch die Nieren verlassende Theil des Chrysarobins in diesem Organ Reizerscheinungen verursacht, die zu Eiweissausscheidungen führen. Diese letztere Thatsache ist geeignet, zu einiger Vorsicht bei ausgedehnterer Anwendung des Chrysarobins bei Menschen zu mahnen. Au.

F. Ahlfeld: Eine neue Behandlungsmethode der durch Cervicalstenose bedingten Menstruationsbeschwerden und der auf gleicher Ursache beruhenden Sterilität. (Archiv für Gynäkologie 1881. B. 18 H. 2 pag. 341—345.)

Um Cervicalstenosen, die häufig Ursache von menstrualen Beschwerden und Sterilität sind, zu heben, hat Verf. kleine, der Länge nach durchbohrte, 4—5 Ctm. lange Hartgummistifte mit kugligen oder ovalen knopfförmigen Enden verschiedenen Calibers construirt, die in gewöhnlicher Weise bis über die enge Stelle ins Uteruscavum eingeführt werden. Nach 24 Stunden ersetzt man sie durch Stifte grösseren Calibers. Der Erfolg für die bevorstehende Menstruation soll fast immer ein eclatanter sein. Zwei bis drei Sitzungen sollen meist genügen. — Für Flexionsstenosen gebraucht Verf. ähnliche Stifte doch mit walzenförmigen Knöpfen, um die Knickungsstelle in möglichst grosser Ausdehnung zu strecken.

Die Vortheile dieser Methode sollen darin bestehen, dass sie allmälig wirke, dass sie bei ambulatorischen Patienten leicht ausführbar sei und dass sie keine nennenswerthen Schmerzen hervorrufe. Die Secrete haben durch den durchbohrten Stiel freien Abfluss. W.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Prof. Ad. Vogt (Bern): Der alte und der neue Impfglaube. Bern. 1881. J. Dalp's Verlag. 278 S.

Es ist die richtige Verwerthung der Statistik bei medicinischen Fragen eine gar schwierige Sache, es gehört ein hoher Grad von Objectivität dazu, da man sonst gar leicht in den Fehler verfällt «Statistik zu machen». Besonders hat sich dieses im unseligen Kampfe um die Impffrage gezeigt. Wiederum ist ein stattlicher Band erschienen, der uns beweisen will, welches Unrecht man damit begeht, dass man seine Kinder impft. Zur Charakterisirung dieses neuen Buches erlaube ich mir dem geehrten Leser einige Stellen zu citiren, die ein recht drastisches Bild liefern, von welchen Gesichtspunkten der Verf. ausgeht.

Gleich im Vorworte finden wir folgenden Passus: «Die Frage der Zwangsimpfung ist nur ein kleiner Theil des ganzen Systems sanitätspolizeilicher Vergewaltigung des Volkes durch die Herrschsucht jeweiliger tonangebender Schulen». Darauf folgt Polemik und eine bedeutende Anzahl von historischen Daten und Tabellen und zum Schluss fasst Verf. seine Resultate in 34 Punkten zusammen, von denen der 34. folgendermassen lautet: *das Impfdogma repräsentirt die reine Negation der Epidemiologie und Hygieine*. Im Punkt 33 sagt Verf. sehr ungenirt, dass es von «*Unfähigkeit im logischen Denken zeugt, zwei Vorgänge wie Pockenerkrankung und Vaccination in causalen Zusammenhang zu bringen*». In seinen Schlussworten nennt er die Vaccination eine Operation «über deren Gefahren keine Zweifel mehr herrschen» — nun die Impffreunde stimmen damit vollkommen überein, wenn auch in anderem Sinne, als Verf. es wohl meint.

Wenn wir vom Standpunkte des Verf. absehen, so können wir nicht umhin anzuerkennen, dass im Buche viel interessantes Material zusammengetragen ist, welches bei objectiver Bearbeitung interessante Resultate geben könnte. Dem Fleisse des Autors zollen wir alle Anerkennung und würden uns freuen ihn auf anderen Gebieten wieder zu treffen. P.

Russische medicinische Literatur.

№ 251. Wratsch. № 42.

Inhalt: a) N. Weljaminow: Ein Fall von intracranieller Blutung; Trepanation; Heilung. (Aus der chirurgischen Klinik des Dr. C. Reyher.)
b) Prof. M. Horwitz: Vereiterung der Wandungen bei Ovariencysten, vom klinischen Standpunkte betrachtet. (Schluss.)
c) S. Kostjurin: Beobachtungen über Kumyss in Salawuta.
d) A. Krassowski: Epidemische Gastro-enteritis unter den Untermilitairs des örtlichen Commandos in Osurgety.
e) N. Parfianowitsch: Ein Fall von Kothfistel.

№ 252. Wratschebnija Wedomosti. № 40.

Inhalt: a) J. Ucke: Die Rekrutenaushebungen im Ssamaraschen Gouvernement in den Jahren 1875—76—77. (Schluss.)
b) Popow: Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Cetrarin und Quassiin. (Aus dem pharmakol. Laboratorium des Prof. Ssuschtschinski.)
c) A. Wassiljew: Geburt bei einer 55-jährigen Frau.

№ 253. Klinitscheskaja Gaseta № 29.

Inhalt: a) A. Bjelzow: Zur Pathologie und Therapie der praeperitonäalen Phlegmonen in der Regio hypogastrica propria.
b) S. Warschawski: 1) Ein Fall von Fractur des Stirnbeins; 2) Ein Fall von Gehirnabscess.
c) A. Döppner: Materialien zur Geschichte der Wetljanka-Pest. (Forts.)

№ 254. Wojenno-Sanitarnoje Djelo № 25.

Inhalt: a) M. Reich: Ueber das Trachom bei den neu ausgehobenen Soldaten.
b) Ab—ski: Der Sanitätszustand der Truppen im Kaukasus während des I. Quartals 1881.
c) N. Goldenberg: Der Sanitätszustand der fremdländischen Armeen. (Forts.)
d) N. Tischewski: Ueber die Beschäftigung der kranken Soldaten in den Militär-Krankenanstalten.
e) J. Jochelson: Das Lager in Beljany bei Warschau in sanitarischer Hinsicht. (Schluss.)

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten. Zweite Auflage. — Bd. I. Abth. 1. Geschichte der Kinderkrankheiten. Anatomie und Physiologie des Kindesalters von Proff. Hennig, Henke, v. Vierordt. — H. Laupp. — Tübingen 1881.
— La gaceta de sanidad militar № 163.
— Revista medico-quirurgica № 11.
— Il movimento medico-chirurgico № 7 u. 8.
— La independencia medica № 17 u. 18.
— Cronica medico-quirurgica de la Habana № 9.
— Anales del circulo medico argentino № 12.
— Gesundheitslehre für das Volk von Dr. Franz Höber. — Paul Faesy. — Wien 1880.

Tagesereignisse.

— In nächster Zeit findet die Wahl des Oberarztes des Stadthospitals in Odessa statt. Wie die «Wratschebnija Wedomosti» erfahren, haben sich 15 Candidaten zu diesem Posten gemeldet, von denen 13 Doctores medicinae sind und 2 den Arztgrad haben. Die Candidatenliste ist folgende: Sadler, Kalatschewski, Silujanow, Farenholz — alle 4 Oberärzte von Civilhospitälern; J. Hübner, Dr. med.; Reimann — Gehilfe eines Gouvernements-Medicinal-Inspectors; Djatschenko — Stadtarzt; Ssangailo — Kreisarzt; Demidowitsch — freiprakt. Arzt; Treskin — Consultant eines Militärhospitals; Noreiko — Divisionsarzt; A. Schmidt und S. Schkljarewski — ältere Ordinatoren eines Militärhospitals; P. Smolenski — jüngerer Arzt.

— In Warschau ist der Prof. der Hygieine an der dortigen Universität Dr. Wyslocki gestorben.

— Vor Kurzem verstarb in St. Petersburg Dr. J. Shukow.

— Für den durch den Abgang Prof. Böhm's erledigten Lehrstuhl der Pharmakologie an der Dorpater Universität ist Dr. Hans Meyer, bisher Assistent von Prof. Schmiedeberg in Strassburg, gewählt worden.

— Prof. Neumann in Wien hat den seit dem Rücktritte Sigmund's vacanten Lehrstuhl der Syphilidologie erhalten. Sein Gegencandidat war Prof. Auspitz.

— Der durch seine Arbeiten über Hypnotismus bekannte ausserord. Prof. Dr. Grützner in Breslau ist zum ordentlichen Prof. der Physiologie an der Universität Bern an Valentin's Stelle ernannt worden.

— Am 8. November findet die feierliche Enthüllung der Büste des verstorbenen Prof. der pathologischen Anatomie Rudnew im Auditorium des anatomischen Instituts der militär-medicinischen Academie statt.

— Zum Rector der Dorpater Universität ist der Prof. der Chirurgie Dr. Eduard v. Wahl gewählt worden. Gegencandidat war der Prof. der Physiologie Dr. Alexander Schmidt.

Miscellen.

— Unter der Ueberschrift «Morbus Viennensis» bringt die «Allg. Wiener med. Ztg.» folgende Mittheilung. Im Jahre 1880 starben

in Wien in Folge von Tuberculose 5237 Personen. Wenn auch die Zahl dieser Todesfälle gegenüber dem Vorjahre um 214 abgenommen hat, so ist sie immerhin noch hoch genug, da sie besagt, dass ein *Viertel sämmtlicher in Wien Verstorbenen* der Tuberculose (zumeist der Lungenschwindsucht) erlegen ist. Das männliche Geschlecht war hieran etwas mehr betheiligt als das weibliche (55,2% : 44,8%), das Alter der körperlichen Vollkraft (25—40 Jahre) stellte das grösste Contingent. Das monatliche Maximum entfiel auf den Mai (mit 555 Todesfällen) und das monatliche Minimum auf den September (294 Todesfälle.) Wie eben erwähnt, herrschte die Tuberculose der Lungen vor, was im Vereine damit, dass die «Krankheiten der Respirationsorgane» die zweitgrösste Opferzahl forderten, zum Resultat führt, dass ungefähr 40% der Gesammtsterblichkeit in Wien durch Affectionen der Athmungsorgane herbeigeführt wird. Dass Wien übrigens in einer Reihe grösserer Städte keineswegs die ungünstigsten sanitären Verhältnisse bietet, ergiebt sich, wenn man die Sterblichkeitsziffer in Betracht zieht. In den nachfolgenden grösseren Städten berechnet sich die Sterblichkeitsziffer im J. 1880 und zwar: Frankfurt a. M. mit 20,0, London 21,3, Wien 24,6, Dresden 24,9, Hamburg 25,0, Brüssel 25,6, New-York 26,1, Berlin 28,1, Venedig 28,2, Paris 29,5, Budapest 34,2, München 34,5, endlich Triest 34,9 p. Mille.

— In Aden soll seit den letzten Tagen des September-Monats kein Cholerafall vorgekommen sein. Dagegen wird aus Djedda berichtet, dass unter den Pilgern in Mecca die Cholera ausgebrochen ist. In Folge dessen ist der Verkehr zwischen den arabischen und egyptischen Küsten vollkommen suspendirt worden.

— Nach den auf dem kürzlich in New-York abgehaltenen Congresse amerikanischer Zahnärzte gemachten Angaben giebt es in den Vereinigten Staaten ca. 12,000 Zahnärzte. Diese setzen ihren Patienten jährlich über 3 Millionen falsche Zähne ein und verbrauchen zum Plombiren etc. für 500,000 Dollars reines Gold und für 100,000 Dollars billigere Metalle (Silber, Platina). Da die Goldplomben den Verstorbenen meist in das Grab begleiten, so will ein Statistiker ausgerechnet haben, dass allein auf den New-Yorker Friedhöfen für 1½ Millionen Dollars Gold in schadhaften Zähnen unter der Erde ruht. (Allg. m. C.-Ztg.)

Personal-Nachrichten.

Amtliche.

— *Ordensverleihungen:* Seine Majestät der Kaiser hat zu verleihen geruht:

Den *St. Wladimir-Orden III. Cl.*: Dem Collegien-Rath Kastorski, Mitglied der Medicinal-Abtheilung der Petersburger Gouvernements-Verwaltung.

Den *St. Annen-Orden II. Cl.*: Dem Wirkl. Staatsrath Matwejew, Arzt a. D. beim Ministerium der Reichsdomänen.

— *Befördert*: Zu *Staatsräthen* die Collegien-Räthe: Ssamoilo, ält. Arzt des 2. Grenadier-Regiments; Nassilow, Prof. extraord. der militär-medicinischen Academie, und Golubow, Adjunct-Laborant der militär-medicinischen Academie.

— *Ernannt*: C.-R. Smirnow, ält. Schiffsart der 2. Flotten-equipage — zum Flagmannsdoctor der Baltischen Flotte.

— *Beurlaubt*: C.-R. v. Reutlinger, Oculist des Petersburger Militärbezirks — zu wissenschaftlichen Zwecken auf zwei Monate in's Ausland.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 18. October 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	695	247	942
Alexander- «	449	153	602
Kalinkin- «	—	493	493
Peter-Paul- «	282	110	392
St. Marien-Magdalenen-Hospital	155	73	228
Marien-Hospital	294	240	534
Ausserstädtisches Hospital	222	125	347
Roshdestwensky-Hospital	48	33	81
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	331	144	475
4 zeitw. Hospitäler	430	139	569
Ausschlags-Hospital	3	8	11
Summa der Civilhospitäler	2909	1765	4674
Nikolai-Kinder-Hospital	43	39	82
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	59	80	139
Elisabeth-Kinder-Hospital	24	27	51
Summa der Kinderhospitäler	126	146	272
Nicolai-Militär-Hospital	375	19	394
Ssemenow'sches Militär-Hospital	240	—	240
Kalinkin-Marine-Hospital	227	—	227
Gesammt-Summa	3877	1930	5807

Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	927	248	1166
Scarlatina	17	19	36
Variola	7	5	12
Venerische Krankheiten	595	470	1065

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 11. bis 18. October 1881 besucht von 2090 Kranken, darunter zum ersten Mal von 766.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs

für die Woche vom 4. bis 10. Oktober 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 472 Todtgeborene 23). — Mortalität 36,6 p. M.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
287	185	472	103	22	61	18	5	17	53	49	41	38	33	18	8	6

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 5, Typh. abd. 19, Febris recurrens 15, Typhus ohne Bestimmung der Form 6, Pocken 3, Masern 0, Scharlach 16, Diphtheritis 10, Croup 3, Keuchhusten 5, Puerperalkrankheiten 1, Dysenterie 1, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 7.

— Gehirnapoplexie 5, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 20, andere Gehirnkrankheiten 10, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 22, acute Entzündung d. Athmungsorgane 61, Lungenschwindsucht 89, andere Krankheiten der Brusthöhle 8, Gastro-intestinal-Krankheiten 65, andere Krankheiten der Bauchhöhle 13, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 31, Marasmus senilis 20, Cachexia 19.

— Tod durch Zufall 7, Selbstmord 1. Mord 0.

— Andere Ursachen 10.

Nächste Sitzung d. deutschen ärztlichen Vereins, Montag den 2. November 1881.

Nächste Sitzung des allgem. Vereins St. Petersburger Aerzte, Dienstag den 27. October 1881.

St. Petersburger Zeitung.

156. Jahrgang. 1882. Erscheint **täglich** ohne Präventiv-Censur.

Redacteur und Herausgeber **P. v. Kügelgen.**

Die deutsche «St. Petersburger Zeitung» behandelt in der täglichen **Rundschau** und in **Leitartikeln** die neuesten politischen Ereignisse, folgt in **Original-Correspondenzen** aus dem In- und Auslande, sowie in der täglichen Berichterstattung sorgfältig und rasch der Zeitentwickelung, schildert mit Hilfe zahlreicher Reporter das **sociale Leben der Residenz** und bietet ausser dem feuilletonistischen **„Montagsblatt"**, ein möglichst mannigfaltiges **tägliches Feuilleton** (Novellen, Romane, gute Uebersetzungen, Literatur, Musik, deutsches, russisches, französisches Theater u. s. w.).

Der bedeutend erweiterte **wirthschaftliche Theil** enthält zwei Mal wöchentlich **besondere Beilagen,** in denen **Handel** und **Wandel, Landwirthschaft, Industrie** und **Technik** eingehende, unsere heimischen Verhältnisse berücksichtigende Bearbeitung finden. **Sämmtliche Publikationen der Reichsbank,** solide **Börsen-** und **Marktberichte** (u. A. auch besonders des St. Petersburger **Getreide-** und des **Spiritusmarkts),** Fondskalender, Handels- und Industrienachrichten aller Art, täglich aus guten Quellen geschöpft, empfehlen das Blatt dem Geschäftsmann.

Die deutsche «St. Petersburger Zeitung» wird im Jahre 1882 in besonderen Beilagen und ohne Abonnementserhöhung als einzige deutsche Zeitung sowohl die **gerichtlichen Bekanntmachnngen** (судебныя объявленія) als die **amtlichen Bekanntmachungen** veröffentlichen.

Der ständig wachsende Leserkreis der Zeitung in den bestsituirten Kreisen der deutschen Gesellschaft, im Inlande wie im Auslande, sichert den **Inseraten** eine weitreichende und nutzbringende Verbreitung.

Abonnementspreise:	St. Petersburg.	Russ. Reich.	Ausland.
¹/₄ Jahr	R. 3. 75	R. 4. —	R. 5. —
¹/₂ »	» 7. —	» 7. 50	» 9. 50
¹/₁ »	» 13. —	» 14. —	» 18. —

Bestellungen auf **Abonnements** und **Annoncen** bittet man an die **Administration** der **„St. Petersburger Zeitung" Wosnessenskij-Prospekt Nr. 4** zu richten; zur Bequemlichkeit des geehrten Publikums nehmen aber auch fast alle Annoncen-Bureaus und Buchhandlungen des In- und Auslandes solche entgegen. 129 (3)

Den Herren Aerzten zu gefl. Beachtung!

Loeflund's Malz-Extract, Extr. Malti pur. Pharm. German.
Dieses officinelle Präparat, aus reinem Gerstenmalz ohne Gährung dargestellt und im Vacuum-Apparat zur Extractconsistenz eingedickt, ist in Deutschland wegen seines äusserst angenehmen Geschmackes und seiner lösenden und nährenden Eigenschaften sehr beliebt und ausserordentlich verbreitet.

Loeflund's Malz-Extract mit Eisen,
Extr. Malti Ferrat. Pharm. German., enthält 2% Ferr. pyrophos. cum Ammon. citr., schmeckt nicht styptisch und wird von Aerzten und Patienten als leichtverdauliches und zugleich nährendes Eisen-Präparat vorzugweise verwendet.

Loeflund's Malz-Extract mit Kalk,
enthält nach Dr. Reich's Vorschrift 2% Calcar. hypophosphorosa, das seine vielfache und erfolgreiche Anwendung bei Rachitis, schwieriger Zahn- und Knochenbildung, sowie bei beginnender Tuberculose bedingt.

Loeflund's Malz-Extract mit Leberthran, gleiche Theile Extr. Malti und Ol. jecor. as. norweg. sind hier zu einer Emulsion vereinigt, die in Wasser oder Milch sehr leicht genommen und ohne Aufstossen vertragen wird. Diese vortreffliche Combination, die wir Dr. Davis in Chicago verdanken, hat sich in kurzer Zeit bei vielen Aerzten eingebürgert.

Loeflund's Malz-Extract-Bonbons
enthalten 25% Extract und sind wegen ihres angenehmen Geschmackes, rasch lösender Wirkung und leichter Verdaulichkeit vor allen bisherigen Husten-Bonbons beliebt.

Diese Präparate aus der Fabrik von **Ed. Loeflund**, geprüftem Apotheker in Stuttgart sind auch zu beziehen aus nachstehenden Depôts: 123 (1) Ctrl. Msk. 17461

St. Petersburg: Stoll & Schmidt, Rulcovius & Holm, A. Klos & Co., Russ. Pharm. Handelsgesellschaft, sowie den Filialen in Moskau und Charkow, **Moskau:** Betling & Stockmann, **Riga:** Alfred Busch, Gebr. Kamarin, Ad. Wetterich, **Wilna:** P. Gruzewski, J. B. Segall.

Fleischsaft

täglich frisch, auf Bestellung in's Haus zugeschickt.

Aerztliche Controle: Dr. Selenkow.

Моховая № 19, кв. 9. 124 (1)

122 **SAINT-RAPHAËL** (23)

Тоническое вино укрѣпляющее, болѣе полезно при малокровіи, чѣмъ желѣзистое и хинное, оно укрѣпляетъ молодыхъ дамъ, дѣтей и стариковъ, употребляется исключительно въ госпиталяхъ Парижа какъ укрѣпляющее, сохраняется по способу Г-на Пастера **Вино С. Рафаель** очень пріятно на вкусъ. Пріемъ по стакану (отъ краснаго вина) послѣ всякаго пріема пищи.

На каждой бутылкѣ этикетъ и капсюль съ подписью *St. Raphaël*

Продается у Штоль и Шмидтъ, въ русскомъ фармацевтическомъ обществѣ, Вергольцъ, Рулковіусъ и Хольмъ, М. Юргенсъ, Врезинскій, Е. Шпигель, Гафеске и Меркъ, Шапиро, Шаскольскій, Ф. Раултъ, братьевъ Арабали, Елисѣевъ, Фейтъ и Ко. и въ главныхъ аптекахъ.

Складъ у владѣльца вина С. Рафаель, въ Валенсъ (Дромъ) Франція.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 23 Октября 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh., Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

ST. PETERSBURGER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg,

Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 44. St. Petersburg, 31. October (12. November). 1881.

Ein Fall einer seltenen Hautkrankheit.
(Lichen ruber planus.)

Von

Dr. med. A. Pospelow.

Vorgetragen in der Sitzung der physikalisch-medicinischen Gesellschaft an der Kaiserlichen Universität zu Moskau am 20. April (2. Mai) 1881.

M. H. In der heutigen Sitzung unserer Gesellschaft beabsichtige ich Ihnen einen Kranken mit einer selten vorkommenden Hautkrankheit zu präsentiren, — Lichen ruber planus, — welche meiner Meinung nach ein dreifaches Interesse darbietet:

1) Die Seltenheit des Leidens mit der damit naturgemäss zusammenhängenden Schwierigkeit der Diagnose.

2) Die Localisation des Ausschlages, welcher nicht nur auf der Haut sich befindet, sondern *auch auf der Schleimhaut der Mundhöhle.*

3) Das mehr oder weniger bekannte aetiologische Moment der Krankheit.

Die Seltenheit des Vorkommens von Lichen ruber planus unterliegt keinem Zweifel. Der verstorbene Prof. Hebra, der von den 40-er Jahren bis 1874 (cf. sein Lehrbuch der Hautkrankh. 1874, 2. Aufl. p. 396) in seiner grossen Klinik und Ambulanz einige 10,000 Fälle von Eczem beobachtet hat, sah blos einige 50 Exemplare dieser Krankheit; doch auch Hebra unterschied damals noch nicht die beiden Formen dieser Krankheit, Lichen ruber acuminatus und Lichen r. planus, welche Unterscheidung jetzt üblich ist. Mit der Meinung Prof. Neumann's nicht übereinstimmend, der den Lichen r. planus in der «Wiener med. Woch.» 1872 № 48 beschrieb, sagt Prof. Hebra: (cf. Lehrb. der Hautkr. 1874, 2. Aufl. pag. 311). «Ebenso macht die von Neumann aufgestellte neue Form von Herpes, — «die mit Knötchen auftritt und so chronisch verläuft, dass sie mehrere Jahre dauern kann», — mir naturgemäss nicht den Eindruck eines Herpes, sondern scheint dem ganzen Symptomencomplex zufolge mehr einem Lichen ruber in der auch von uns schon beobachteten gruppenweisen oder circinären Form zu entsprechen». Ungeachtet jedoch der tiefen Hochachtung vor der Autorität des Lehrers, der sich gegen seinen erfahrenen Schüler ausgesprochen hatte, konnte Prof. Neumann, gestützt auf die unterscheidenden Besonderheiten der von ihm beschriebenen Form von Herpes, sich nicht mit Prof. Hebra's Meinung einverstanden erklären, und beschrieb den Lichen ruber planus als neue wenig bekannte Krankheit (cf. Vierteljahrsschr. f. Dermat. und Syphilis 1875, pag. 41) unter dem Namen: *Dermatitis circumscripta herpetiformis.* Die ersten Hinweise auf den Lichen planus finden wir bei E. Wilson in seinen Lectures on Dermatology; delivered in the Royal College of Surgeons of England, in 1874—75, pag. 4; dann bei Prof. Kaposi in seiner Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten 1880, pag. 401 und bei Prof. Neumann in seinem Lehrbuch der Hautkrankheiten 1880, 5. Aufl., pag. 310, wo neben dem Namen Lichen planus in Klammern beigefügt ist — Dermatitis circumscripta herpetiformis.

Aus dem Angeführten ist leicht ersichtlich, dass der Lichen ruber planus erst vor kurzer Zeit seinen Namen erhalten hat, obgleich er schon lange beobachtet ist. Doch kehren wir zu unserem Falle zurück.

Der in Rede stehende Patient hat folgende Krankengeschichte:

Status praesens. Patient, Student der hiesigen Universität, 23 Jahre alt, seinem Alter gemäss entwickelt, gut genährt, obgleich etwas blass. Er zeigt auf seiner Haut Ausschläge verschiedenen Alters und verschiedener Intensität. Am bedeutendsten ist der Ausschlag auf der inneren Oberfläche des rechten Unterschenkels und dem Rücken ausgeprägt, schwächer auf der inneren Oberfläche der Vorderarme, Oberschenkel und dem Bauche, am schwächsten

auf dem Halse, den Handflächen und ausserdem auf der Schleimhaut der Mundhöhle. Die frischeren Anfangsstadien des Ausschlages (auf der oberen Partie des Rückens und des Bauches) präsentiren sich als Knötchen von Hanfkorn- bis Hirsekorngrösse, kaum hervorragend über der Oberfläche der Haut, konisch, von blassrother Farbe. Grössere Knötchen präsentiren sich in runder, ovaler, zuweilen unregelmässiger Form, im Centrum schüsselförmig deprimirt, platt, glänzend, wachsähnlich, hie und da haben sie blauviolette Färbung mit Blutpunkten, die durch die Epidermis hindurchschimmern, welch' letztere nicht abschilfert. Die centrale Excavation der Knötchen erreicht entweder das Niveau der Haut, oder senkt sich sogar noch tiefer, in Folge von Atrophie, wie man das leicht an der inneren Oberfläche des rechten Unterschenkels bei unserem Kranken beobachten kann. Wo der Ausschlag älter ist, da entsteht in gleichem Maasse wie die Atrophie im Centrum zunimmt, an der Peripherie eine Eruption neuer lichenoider Knötchen, welche wie ein Perlenring den centralen pigmentirten Fleck umgeben. Fährt man mit der Hand über den Rücken des Kranken, so bekommt man den Eindruck, als striche man über Chagrinleder. Auf dem rechten Arm des Kranken (innere Oberfl.) fanden wir eine interessante Besonderheit: im Verlauf einer alten Kratzwunde der Haut, die durch eine kaum bemerkbare Pigmentirung gekennzeichnet ist, kann man längs der ganzen Ausdehnung des Risses dieselben schon beschriebenen lichenoiden Knötchen beobachten. An der inneren Oberfläche des rechten Unterschenkels verschmelzen die Ringe früherer Eruptionen mit einander, und bilden Gyri von unregelmässiger Begrenzung. An ihrer Peripherie sieht man *Infiltration* der Haut, im Centrum hingegen *Atrophie.* Wegen venöser Stase der unteren Extremitäten haben die Eruptionen einen bläulichen Grund. Keinerlei andere Ausschlagsformen finden sich auf den Beinen. Ein Ring von Eruptionen, völlig gleich den oben beschriebenen, findet sich beim Kranken im Sulc. retroglandularis penis, wo derselbe in Folge von Maceration der Epidermis eine Perlmutterähnliche Färbung zeigt. Hautjucken war früher sehr bedeutend, jetzt nicht mehr so stark.

Ausser den Knötchen in der Haut, fand sich beim Kranken die interessante Localisation derselben auf der Schleimhaut der Mundhöhle: die Knötchen sind auf der oberen Fläche der Zunge zerstreut, mehr zur Mitte hin, recht platt, im Centrum nicht atrophirt; auf dem harten Gaumen in der Nähe des Alveolarrandes der Schneidezähne sind sie erhaben, sitzen gruppenweise, sind recht derb, von weisslicher Färbung; der älteste Knoten, etwas grösser als ein Hirsekorn, atrophirt im Centrum, präsentirt sich als kleiner charakteristischer Perlmutterfarbiger Ring, als welcher er auch vom Kranken deutlich (mit der Zunge) constatirt werden kann. (Diese Besonderheit der Localisation des Ausschlages, ist, soweit mir bekannt, bisher nicht beschrieben worden [1]).

An Syphilis leidet der Kranke nicht. Mit Ausnahme geringen Blasens bei Auscultation der Vena jugularis externa wurden Abnormitäten des Organismus nicht gefunden.

Anamnesis. Dieselbe ist nicht complicirt. Er hat eine gesunde Mutter und zwei Brüder, der Vater litt an Eczem der Beine. Der Kranke selbst hat vor einigen Jahren an wanderndem Gelenkrheumatismus, und an Urethritis gelitten. Syphilis oder andere Krankheiten hat er nicht gehabt. Die erste Ausschlag-Eruption, die sich durch Jucken bemerkbar machte, erschien im April 1880 an der inneren Oberfläche des linken Oberschenkels. Der Ausschlag erschien in Form von verstreuten, kaum bemerkbaren, und stark juckenden Knötchen, die lange Zeit in statu quo verharrten, und darauf erschienen solche Eruptionen auch an anderen Orten: an der inneren Oberfläche der Unterschenkel, der Vorderarme, darauf erst auf dem Rücken, dem Bauch, dem Halse, und ungefähr im December 1880 auf der Schleimhaut der Mundhöhle. Ausser einer unbedeutenden Quantität Arsen hat Pat. keine Arzneien genommen, und präsentirte sich mir mit bereits entwickelter Ausschlagsform.

Den Winter des Jahres 1880 verbrachte Pat. in einem sehr kalten Quartier (+ 7—8° R.) und musste fortwährend umhergehen, um sich zu erwärmen. Das Schreiben musste er aufgeben, da die erstarrten Finger die Feder nicht zu halten vermochten.

Was die *Aetiologie* dieser Krankheit betrifft, so ist sie nach der Meinung der Dermatologen nicht bekannt. Unter 6 vorher von mir beobachteten Fällen konnte ich bei fünfen unzweifelhaft *das Erscheinen des Ausschlags unmittelbar nach einer schnellen Abkühlung des Körpers constatiren.* So war ein Bauer, den ich im Mjassnitzky-Hospital beobachtete, im Frühling in nassen Schnee gestürzt, und erkrankte bald darauf an Lichen ruber planus. Drei meiner Patienten acquirirten Lichen ruber planus, nachdem sie beschwitzt sich im Flusse gebadet hatten, und endlich unser Kranker, ging als Student schlecht gekleidet, wohnte zudem in einem Quartier, wo er vor Kälte im Winter nicht arbeiten konnte, und im April brach der Ausschlag aus. Nur in einem Falle, bei einem Officier, der im Kriege in Bulgarien gewesen war, konnte ein ätiologisches Moment nicht eruirt werden, doch wenn man bedenkt, dass in Kriegszeit auf eine Erkältung nicht viel Acht gegeben werden wird, so wird man den Einfluss einer solchen auch auf diesen Kranken kaum ableugnen können.

Diagnose. Auf Grundlage des typischen Bildes einer Krankheit, die sich durch Knötchen in verschiedenen Stadien ihrer regressiven Entwickelung auf der Haut und den Schleimhäuten charakterisirt, welche Knötchen, nachdem die Krankheit über ein Jahr lang bestanden hat, nicht in irgend welche höhere dermatopathologische Formen übergehen, haben wir das Recht zu sagen, dass es sich um einen Lichen ruber planus handelt, welcher nach **Hebra's** Classification zur IV. Classe, Abtheilung B gehört, — zu den chronischen exsudativen Ausschlägen.

Der *Verlauf der Krankheit* — ist chronisch. In 6 von mir beobachteten Fällen war die Genesung eine vollständige, in einem Falle trotz bedeutender Intensität der Erkrankung; Siechthum, das so constant bei Lichen ruber acuminatus beobachtet wird, habe ich nicht gesehen, im vorliegenden Falle versichert der Kranke, er fühle sich seit Hervortreten des Ausschlages besser, als vorher. Alle meine Krankheitsfälle betrafen Männer.

[1] Bei Durchsicht der № 19 der «Allg. Wien. med. Zeitung», ersah ich, dass fast gleichzeitig mit mir, (einige Tage später, am 6. Mai) in der Sitzung Wiener Aerzte Prof. **Neumann** einen Kranken mit seltener Localisation von *Lichen ruber planus auf der Schleimhaut der Mundhöhle* und dem Rumpf demonstrirt hat.

Behandlung. In 5 Fällen wurde von mir Sol. ars. Fowl. in aufsteigenden Dosen angewandt, in einem anderen frischeren, aber stark entwickelten Falle, verschwand der Ausschlag, der mehrere Monate bestanden hatte, bei täglichen Abreibungen mit dem Spiritus saponato-kalinus Hebrā's, also bei blos örtlicher Behandlung.

Prognose. Auf Grundlage meiner eigenen noch zu wenig zahlreichen Beobachtungen habe ich nicht das Recht, Schlüsse zu ziehen, doch erlaube ich mir Folgendes zu bemerken: 1) Lichen ruber planus hat sogar in Fällen heftiger Erkrankung, die ich beobachtet habe, auch wenn keine Behandlung stattfindet, kein Siechthum zur Folge. 2) Ich habe einen Fall beobachtet, in welchem der Ausschlag unter bloss äusserlicher Therapie verschwand, ohne Anwendung von Arsen, und 3) der Lichen ruber planus kann, wenn er auf der Haut aufgetreten ist, sich auch auf den Schleimhäuten localisiren.

Beitrag zur Therapie der Psoriasis.

Von

Dr. E. Sesemann.

Vortrag gehalten in der Sitzung des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte am 13. October 1881.

Bekanntlich liegt die Therapie der Psoriasis noch sehr im Argen: nicht nur, dass wir ausser Stande sind die Krankheit radical zu heilen, sondern häufig sogar vermögen wir nicht einmal ihre weitere Ausbreitung aufzuhalten oder die schon bestehende Erkrankung der Haut auch nur zeitweilig zu beseitigen.

Ich rede hier nicht von den leichten, vor Kurzem entstandenen Fällen, wie wir ihnen vornehmlich bei jungen Individuen um das 20. Lebensjahr begegnen, — sondern von jenen inveterirten Formen, welche bei älteren Leuten vorkommen und durch viele Jahre hin bestehen.

Von inneren Mitteln gegen die Psoriasis besitzen wir vorläufig nur zwei, welche wirklich mit Erfolg angewandt werden. Es sind dies das Arsen und die Carbolsäure; alle die übrigen wie z. B. Phosphor, Copaivabalsam etc. haben sich bis jetzt durchaus nicht bewährt. Namentlich mit dem Arsen lässt sich bisweilen auch in schwereren Fällen ganz Bedeutendes leisten; leider gewöhnt sich der Organismus aber sehr bald an dieses Mittel und selbst grosse Dosen erweisen sich dann als vollkommen machtlos. Dasselbe gilt von der Carbolsäure, abgesehen davon, dass dieselbe von vielen Naturen absolut nicht vertragen wird.

So ist es denn auch zu verstehen, dass die meisten Dermatologen sich vorzugsweise der äusseren, localen Mittel bedienen, als da sind: Einreibung mit Schmierseife, energische Abwaschungen mit selbiger Seife und darauf folgende Einreibung mit Oleum cadinum, Pix liquida, Oleum juniperi etc., oder Einreibungen mit irgend einem Theerpräparat und darauf folgende 4 bis 5 Stunden dauernde Bäder; — endlich noch die Sublimatbäder, welche jedoch neueren Untersuchungen nach (Vayda und Paschkis) nicht als nur locales Mittel betrachtet werden können, da die Aufnahme des Quecksilbers in den Organismus im Urin nachgewiesen worden ist. Fügen wir noch hierzu die Einhüllung der erkrankten Hauttheile in Kautschuklein und die Bepinselung der psoriatischen Plaques mit einer Lösung von Carbolsäure in Collodium, etwa 1 auf 10 oder 20, — so haben wir so ziemlich alle wirksamen, äusseren Mittel namhaft gemacht. Dass man in der Mehrzahl der Fälle mit denselben ganz hübsche palliative Resultate erzielen kann, — darüber herrscht kein Zweifel; aber hin und wieder stösst man immer wieder auf Kranke, bei denen man trotz aller Mühe und Sorgfalt in der Behandlung nicht weiter kommt, — oder, die Mittel wirken alle, aber nur *zeitweilig*, namentlich im Beginn ihrer Anwendung; — allmälig aber nimmt die Wirkung ab, und, nachdem man sie alle der Reihe nach durchprobirt hat, ist man schliesslich mit seinem Latein zu Ende. — Nun kommt noch Eins hinzu: alle die obengenannten Mittel sind entweder *schmerzhaft*, wie Einreibung mit Schmierseife, Bepinselung mit Carbolcollodium, — oder *zeitraubend* und unbequem, wie prolongirte Bäder, Einreibungen mit Theerpräparaten, oder endlich *kostspielig*, wie Kleidungsstücke aus Kautschuklein.

Ich möchte daher, m. H., Ihre Aufmerksamkeit auf ein Verfahren lenken, das keinen der obigen Uebelstände mit sich führt und sich durch Sicherheit der Wirkung, Bequemlichkeit der Anwendung und geringe Kostspieligkeit ganz besonders empfiehlt. Es ist dies eigentlich kein neues Mittel, sondern das seiner Zeit viel besprochene Chrysarobin, fälschlich auch Chrysophansäure genannt, — ein durch Extraction aus dem Goapulver erhaltenes Präparat. Nur die Art der Anwendung ist modificirt.

In seinem neuen Lehrbuch der Dermatologie erwähnt Kaposi des Chrysarobins sehr lobend, warnt aber andererseits zugleich vor den bösen Zufällen, die bei Anwendung desselben, bei nicht grosser Vorsicht, vorkommen können. Es entsteht nämlich sehr leicht eine heftige Entzündung der angrenzenden, gesunden Hautpartie und stark violettbraune, lang anhaltende Verfärbung derselben, — endlich noch wird alle Wäsche vollkommen dadurch ruinirt, was vielen Patienten zum Stein des Anstosses wird. Kaposi bringt eine Salbe von 5 und 10 Chrysarobin auf 40 Vaselin in Anwendung und räth die erkrankte Partie damit täglich oder jeden zweiten Tag zu bestreichen. Hierbei aber das Uebergreifen der Salbe auf die gesunde Haut zu vermeiden, ist fast unmöglich und entsteht dann sofort eine arge Inflammirung, wie ich es selbst trotz der grössten Vorsicht habe erfahren müssen. Nicht nur, dass man nun das Mittel aussetzen muss und dadurch in der Cur aufgehalten wird, sondern es schiessen eine ganze Anzahl neuer Psoriasisknötchen an den entzündeten Partieen auf und man hat die Krankheit nur weiter verbreitet, anstatt sie aufzuhalten. Als mir dies bei einem Kranken passirte, den ich circa 10 Jahre in Behandlung habe, erinnerte ich mich irgendwo einmal eine Notiz gelesen zu haben, über die Verwendung des Chrysarobins in Verbindung mit Collodium. Leider konnte ich diese Notiz nicht wieder auffinden; doch leuchtete mir die Zweckmässigkeit dieses Vorschlages sofort ein, indem hierdurch dem Uebergreifen des Chrysarobins auf die gesunde Haut vorgebeugt, eine genaue Application des Mittels auf nur kranke Partieen ermöglicht wurde und das Beflecken der Wäsche sich auf ein Minimum reduciren liess. Die Frage blieb nun zu entscheiden, ob diese Form sich auch als wirksam erweisen würde.

Nun, m. H., ich kann Ihnen die Versicherung geben, dass die Wirkung womöglich noch präciser ist: der obenerwähnte Kranke, bei dem ich in letzter Zeit mit keinem der vorher genannten Mittel etwas hatte ausrichten können, ist im Laufe von nicht vollen 2 Monaten von fast allen Plaques, mit denen nicht nur die Extremitäten, sondern auch grosse Partieen des Stammes bedeckt waren, vollkommen befreit, und wenn hier und da sich wieder neue Knoten zeigen, so genügt ein 5—6-maliges Betupfen derselben mit der Lösung, um sie zum Schwinden zu bringen.

Ich gebrauche eine Mischung von 10 Gr. Chrysarobin auf eine Dr. Collodium und bestreiche damit jeden zweiten Tag die Plaques; alle zwei Wochen lasse ich ein Bad nehmen und die Haut, falls sie sehr trocken erscheint, mit Fett einreiben; die neu aufschiessenden Plaques aber werden womöglich täglich betupft.

Dass diese Methode ausserdem nicht kostspielig genannt werden kann, geht daraus hervor, dass eine Unze Chrysarobin etwa 1½ Rbl. kostet und ich bei einer zweimonatlichen Behandlung noch nicht eine halbe Unze verbraucht habe.

Somit möchte ich Ihnen, m. H. dieses Mittel bestens empfehlen.

Aus dem Jahresbericht des Evangelischen Hospitales in St. Petersburg für das Jahr 1880.

Das Ev. Hospital begann das Jahr 1880 mit einem Bestande von 61 Kranken. In diesem Jahre wurden neu aufgenommen 418 Kranke, so dass im Ganzen 479 Kranke hier verpflegt worden sind. Von diesen traten aus als genesen 192, als gebessert 103, ungebessert 38, wurden in andere Krankenanstalten übergeführt 8, — zusammen also 341, und starben 77, so dass zum 1. Jan. 1881 wiederum 61 Kranke in der Anstalt verblieben. Sämmtliche Kranken zusammengerechnet haben im Ganzen 18,605 Tage im Hospitale zugebracht; rechnet man aber nur diejenigen Kranken, welche im Jahre 1880 eintraten und am 1. Januar 1881 sich nicht mehr dort befanden, so ergiebt sich die Summe von 11,703 Verpflegungstagen für 357 Kranke, was einer durchschnittlichen Verpflegungsdauer von 32,8 Tagen gleichkommt. Die übrigen 6902 Tage entfallen auf die 122 Kranken, die schon vor dem 1. Januar 1880 eingetreten waren oder über den 31. December desselben Jahres hinaus verblieben, unter welchen sich eine, nicht kranke, Pensionärin und eine Patientin befinden, welche beide das ganze Jahr in der Anstalt zugebracht haben. Die durchschnittliche Verpflegungsdauer für die Gesammtzahl aller Kranken beträgt demnach 33,6 Tage. — Von den 418 Kranken, deren Behandlung im Ev. Hositale im Laufe des Jahres 1880 ihren Abschluss fand, sind 77 Kranke gestorben, was eine Mortalität von 18,42% ausmacht.

Im Laufe des Jahres kamen die folgenden Krankheiten zur Behandlung: 1) *Fieberkrankheiten*: 1. Wechselfieber 6 Fälle, 2. Typhus 91, darunter Flecktyphus 21, Unterleibstyphus 67, Recurrens 3 Fälle. — 2) *Störungen des Wochenbetts*: 1. Wochenfieber und Entzündungen 7 Fälle, 2. Geistesstörung 1, 3. Blutungen 2 Fälle. — 3) *Exantheme*: Masern 8 Fälle. — 4) *Erysipelas* 4 Fälle. — 5) *Krankheiten des Hirns und Rückenmarks*: 1. Schlagfluss 4 Fälle, 2. Entzündungen 7, 3. Geschwülste 5 Fälle. — 6) *Krankheiten des Herzens und der grossen Gefässe*: 1. Entzündungen 3 Fälle, 2. Atherom 2, 3. Herzbeutelwassersucht 1, 4. Klappenfehler 7 Fälle. — 7) *Krankheiten der Athmungsorgane*: 1. Catarrhe 5 Fälle, 2. id. mit Verdacht auf Tuberkeln 3, 3. acute Entzündungen 40, 4. Blutspeien 3, 5. chronische Entzündungen 16, 6. Tuberculosis und Phthisis 38, 7. Asthma 1 Fall. — 8) *Krankheiten der Schlundes*: 1. Augina catarrhalis 4 Fälle, 2. Diphtheritis 2 Fälle. — 9) *Krankheiten des Magens und Darmes*: 1. Catarrh 22 Fälle, 2. Entzündung 6, 3. Krebs 7, 4. Fisteln 2, 5. Geschwüre 4, 6. Ileus 2 Fälle. — 10) *Krankheiten der Leber*: 1. Icterus 1 Fall, 2. Krebs 1, 3. Gallenstein 1, 4. organische Erkrankungen 3 Fälle. — 11) *Krankheiten der Nieren und Blase*: 1. Wanderniere 1 Fall, 2. Nierenstein 1, 3. Entzündungen 10 Fälle. — 12) *Diabetes*: 1. D. mellit. 1 Fall, 2. D. insipid. 1 Fall. — 13) *Allgemeine Wassersucht* 8. — 14) *Chlorosis* und *Anämie* 4 Fälle. — 15) *Rheumatismus*: 1. Gelenkrheumatismus 11 Fälle, 2. Muskelrheumatismus 15 Fälle. — 16) *Gicht*: 3 Fälle. — 17) *Nervenkrankheiten*: 1. Lähmungen 4 Fälle, 2. Neuralgien 3, 3. Hysterie 3 Fälle. — 18) *Geisteskrankheiten* 2 Fälle. — 19. *Marasm. senil.* 9 Fälle. — 20) *Frauenkrankheiten* im engern Sinne: 1. Entzündungen 24 Fälle, 2. Hydroovarium 5, 3. Geschwülste und Neubildungen der Ovarien 17, 4. Krebs 9, 5. Blutungen 9, 6. andere Krankheiten 4 Fälle. — 21) *Chirurgische Krankheiten*: 1. Phlegmone und Abscess 3 Fälle, 2. Carbunkel 1, 3. Verbrennung 1, 4. Wunden 2, 5. chronische Geschwüre 4, 6. Gelenkentzündung 1, 7. Wirbelentzündung und Verkrümmung des Rückgrats 3, 8. Knochenmarkentzündung 1, 9. Caries 2, 10. Contusionen 1, 11. Subluxation 1, 12. Fracturen 2 Fälle. — 22) *Vereinzelte andere Krankheitsfälle* 4. —

Das Verhältniss der wichtigeren und häufigeren Krankheiten oder Krankheitsgruppen zur Gesammtzahl aller Fälle stellt sich demnach wie folgt heraus:

1) Fieberkrankheiten	97	Fälle	od.	20,2%	aller Fälle
2) Hirn- und Rückenmarksleiden . . .	16	»	»	3,3%	» »
3) Acute Erkrankungen d. Athmungsorg.	48	»	»	10%	» »
4) Chronische » » »	58	»	»	12,1%	» »
5) Krankh. d. Herzens u. d. gr. Gefässe	13	»	»	2,7%	» »
6) Krankh. des Magens u. Darmkanals	43	»	»	9%	» »
7) Krankheiten der Leber	6	»	»	1,2%	» »
8) Krankheiten der Nieren und Blase	12	»	»	2,5%	» »
9) Wassersucht	8	»	»	1,6%	» »
10) Rheumatismus und Gicht . . .	29	»	»	6%	» »
11) Nerven und Geisteskrankheiten . .	12	»	»	2,5%	» »
12) Marasmus	9	»	»	1,8%	» »
13) Frauenkrankheiten im engern Sinne	68	»	»	14%	» »
14) Wochenbettskrankheiten	10	»	»	2,1%	» »
15) Chirurgische Krankheiten	22	»	»	4,6%	» »

Am stärksten sind also die Erkrankungen der Athmungsorgane vertreten gewesen; es waren im Ganzen 106 Fälle, d. h. 22,1% der Gesammtzahl. Darauf folgen die Fieber, die Frauenkrankheiten, die Krankheiten des Magens und Darmes etc.

Dem Alter nach, von 10 zu 10 Jahren gerechnet, vertheilen sich die Kranken wie folgt:

-10.	11-20.	21-30.	31-40.	41-50.	51-60.	61-70.	71-80.	81-90.
10.	70.	129.	120.	68.	57.	23.	16	4

Die zehn Kinder unter 10 Jahren erkrankten im Kinderasyl, 8 von ihnen an Masern, eins war erst 9 Monate alt. Am stärksten ist das mittlere Lebensalter zwischen 20 und 40 Jahren vertreten, nämlich mit 231 Fällen, d. h. mehr als die Hälfte sämmtlicher Kranken. Die stärkste Gruppe bilden die im sogenannten «besten» Alter, d. h. zwischen 20 und 30 Jahren stehenden Kranken, es sind 129 Fälle oder 27%, d. h. von je 4 Kranken war mindestens eine zwischen 20 und 30 Jahr alt. Auch das hohe Alter ist verhältnissmässig recht stark vertreten; es waren 43 Kranke über 60 Jahr alt, d. h. von je eilf eine.

Bei Berechnung der mittleren Dauer des Aufenthaltes im Hospitale — wobei die im Jahre 1879 Aufgenommenen, so wie die zum Jahre 1881 Verbliebenen nicht in Rechnung kommen — und der Sterblichkeit, erhält man für einige der wichtigeren Krankheiten folgende Zahlen:

Krankheit:	Tage im Hospital.	Sterblichkeit:
1) Typhus. in seinen verschiedenen Formen . .	30,8	10,66%
2) Acute Entzündung der Athmungsorgane (mit Ausschluss der Catarrhe)	18	17,6%
3) Phthisis, Tuberkulosis und chron. Entzündung der Athmungsorgane	42,4	55,5%
4) Krankheiten des Herzens und der gr. Gefässe	21,6	58,5%
5) Krankheiten des Hirns und Rückenmarks .	54,4	21,4%
6) Krankheiten des Magens und Darmkanals .	25,4	17,9%
7) Krankheiten der Niere und Blase	30,	9%
8) Wassersucht	29,5	50%
9) Rheumatismus und Gicht	39,5	3,4%
10) Nerven- und Geisteskrankheiten	35	0
11) Marasmus	36,5	37,5%
12) Frauenkrankheiten	37,5	13,8%
13) Chirurgische Krankheiten	41,8	0

Die kürzeste Verpflegungsdauer betrug weniger als 24 Stunden die längste 366 Tage; dieser Fall betrifft eine Patientin die bereits im April 1879 aufgenommen wurde und sich noch gegenwärtig, also bereits über zwei Jahre lang, im Hospitale befindet.

In 8 Fällen ist im Verlaufe des Jahres eine Operation nöthig geworden, und zwar wegen folgender Krankheiten:

1) Carcinoma mammae, 2 Fälle.
2) Polypus uteri, 1 Fall.
3) Carcinoma uteri, 1 Fall.
4) 2 Fälle von Fibroma uteri und Cystoovarium, die erste Kranke zwei Mal operirt, mit glücklichem Ausgang, die andere mit unglücklichem Ausgang.
5) Pyothorax, Thoracocenthese, Pat. starb.
6) Phthisis laryngea, Tracheotomie wegen dringender Erstickungsgefahr, Pat. starb.

Bei den erstgenannten 5 Fällen dagegen war der Ausgang ein glücklicher.

Von den während des Jahres 1880 im Ev. Hospitale verpflegten 479 Kranken wurden in andere Krankenanstalten übergeführt 8 Kranke, darunter 2 wegen Wahnsinn, 1 wegen Krebs, der nicht mehr operirbar war und die Luft verpestete, 1 wegen beginnender Geburt, 1 wegen Pocken, 1 wegen Masern (aus dem Kinderasyl), aber erfolglos, da bald darauf doch 7 andere Kinder im Asyle erkrankten und wegen Ueberfüllung des Kinderhospitals im Hause bleiben mussten, und 2 aus anderen Ursachen.

Die Sterblichkeit im Jahre 1880 betrug, wie schon oben erwähnt, 18,42%. Welche Krankheiten den Tod verursachten, und wie sich die

Zahl der an den einzelnen Krankheiten Verstorbenen zur Gesammtziffer der Todesfälle verhält, ist aus der folgenden Tabelle ersichtlich.

Krankheiten.	Todesfälle.		Verhältniss zur Gesammtzahl der Todten.
1) Schwindsucht und die zu ihr führenden chronischen Entzündungen	25		32,4%
2) Lungenentzündung	6		7,8%
3) Typhus			
a. Unterleibstyphus	5	8	10,4%
b. Flecktyphus	3		
4) Herzfehler	5		6,5
5) Krebs	5		6,5
6) Wassersucht			
a. allgemeine	4	8	10,4%
b. der inneren Organe	4		
7) Ovarien- und Uterustumoren . .	3		3,9%
8) Marasmus	3		3,9%
9) Ileus	2		2,6%

10) Gehirnentzündung, 11) Geschwülste im Gehirn, 12) Schlagfluss, 13) Entzündung des Herzens, 14) Atherom der Arterien, 15) Nierenentzündung, 16) Entzündung der Sexualorgane, 17) Darmgeschwüre, 18) Rheumatismus, 19) Leberkrankheiten, 20) Diabet. mell, 21) Wochenfieber, je ein Fall oder 1,3% aller Todesfälle, zusammen 77 Todte (99,9%.)

Die Ursachen der auffallend hohen Sterblichkeit im Evgl. Hospitale werden schon durch die obenstehende Tabelle zum Theil klar gestellt, indem sich aus ihr ergiebt dass fast genau der dritte Theil sämmtlicher Todesfälle auf Rechnung der Schwindsucht entfällt. Hier sei nur noch hinzugefügt, dass 67,5%, d. h. mehr als zwei drittel aller Todesfälle durch Krankheiten verursacht wurden, die entweder an sich unheilbar sind, oder doch bei der betreffenden Kranken vor ihrem Eintritte ins Hospital einen solchen Grad erreicht hatten, dass an eine Heilung nicht mehr zu denken war.

Das Alter der Verstorbenen zeigt die folgende Tabelle:

Alter:	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90
Zahl der Todten.	6	13.	15.	13.	15.	9.	4.	2.

Es hatten also 19,4% aller Verstorbenen, oder fast der fünfte Theil das 60. Lebensjahr schon überschritten, und 38,9% waren über 50 Jahre alt. Der Tod im jugendlichen Alter ist meist durch die Schwindsucht herbeigeführt worden.

Nach den verschiedenen Alterklassen zeigt die Sterblichkeit folgende Verhältnisse. Es starben von je 100 Personen im Alter von

— 10	Jahren	keine,
von 11 — 20	»	8,5
» 21 — 30	»	10
» 31 — 40	»	14,7
» 41 — 50	»	19,1
» 51 — 60	»	26,2
» 61 — 70	»	39,1
» 71 — 80	»	25
» 81 — 90	»	50.

Diese Tabelle zeigt aufs deutlichste, wie mit zunehmendem Alter auch die Lebensgefahr bei Erkrankungen stetig zunimmt, Die scheinbare Ausnahme welche die Altersklasse von 71—80 Jahren bildet beruht auf Zufall, indem aus der ohnehin kleinen Zahl von 16 hierhergehörigen Kranken, zwei mit Krankheiten behaftet waren, an denen man nicht so leicht stirbt, nämlich Bronchialcatarrh und chronische Fussgeschwüre, zwei nach 4, eine nach 7, eine nach 13 Tagen das Hospital in demselben Zustande verliessen, in welchem sie eingetreten waren. Wollte man diese unberücksichtigt lassen, so würde sich eine Sterblichkeit von 40% ergeben, welche Ziffer genau in die Reihe der mit zunehmendem Alter steigenden Mortalitätszahlen hineinpassen würde. Dabei mag noch erwähnt werden, dass eine 78-jährige Frau an Carcinoma mammae operirt worden ist und das Hospital geheilt verlassen hat.

Berichtigung. In № 43 dieser Wochenschr. war gemeldet worden, dass Dr. H. Meyer, bisher Assistent von Prof. Schmiedeberg in Strassburg, für den erledigten Lehrstuhl d. Pharmakologie in Dorpat gewählt worden sei. Diese Meldung beruht auf einem Irrthum, da die Wahl bis jetzt überhaupt noch nicht stattgefunden hat.

Referate.

Müller und Ebner: Ueber Nervendehnung bei peripheren und centralen Leiden, insbesondere bei Tabes dorsalis. (Wiener Klinik VII. Jahrgang. Hft. 7.)

Die obige Arbeit enthält zunächst die gesammte bisher erschienene Literatur über diese Frage und theilt dann 2 neue Fälle mit, die von überraschendem Erfolge gekrönt waren. Freilich ist der Zeitraum, der seit der Operation verflossen ist, noch sehr kurz; aber der Erfolg ist doch so unmittelbar der Operation gefolgt, dass ein ursächlicher Zusammenhang nicht von der Hand zu weisen ist. — In diesem Sinne äussert sich auch Schultze, in Betreff der Arbeit von Fischer und Schweninger (Nervendehnung bei Tabes dorsalis), obgleich er selbst einen neuen Fall von Tabesheilung zu den früheren hinzufügt, die wahrscheinlich spontan eingetreten war. Die Frage, wie eine solche Wirkung der Nervendehnung auf die Tabes zu erklären sei, steht auch nach unseren Autoren noch aus, obgleich es an einschlägigen physiologischen Experimenten nicht fehlt. Nach einer gründlichen Erörterung kommen die Autoren zu dem gewiss berechtigten Schluss, dass durch diese Erfahrung der vorhandene Schatz von Thatsachen in der Nervenphysiologie und Pathologie nicht einfach vermehrt wird, sondern dass diese Thatsache berufen scheint viele herrschende Ansichten umzuwerfen. Die Arbeiten über Nervendehnung werden, ähnlich wie diejenigen über Hypnotismus, den Neuropathologen noch viel zu denken geben. Zunächst folgt aus ihnen, dass es im Nervensystem gewaltige Functionsänderungen resp. Störungen giebt, die weder auf anatomisch nachweisbaren Veränderungen, noch auf Circulationsstörungen beruhen; ferner lehren diese Erfahrungen von Neuem, dass anatomische Veränderungen im Centralorgan, wenn solche vorgefunden werden, nicht als die einzige oder directe Ursache der Functionsstörung anzusehen sind. Tiling.

Goldwuga: Ueber Transplantation von Thierhaut auf granulirende Flächen am Menschen. (Wratsch № 33)

Da es uns häufig an Material fehlt, um bei chronischen Unterschenkelgeschwüren genügend zu transplantiren, kam Verf. auf den Gedanken Versuche mit Haut von Thieren und zwar Hunden und Hühnern zu machen und kommt zu folgenden Schlüssen:

Die Haut von Hunden und Hühnern wächst entschieden auf granulirende Flächen des Menschen an, wenngleich nur für kurze Zeit, denn die Hundehaut wurde, nachdem allmälig die Haare ausgefallen und sie selbst schon von Granulationen durchwachsen war, nach 20 Tagen, die Hühnerhaut nach 14 Tagen wieder runzlig und stiess sich ab, auf ihrer unteren Fläche fand sich eine geringe Eiterschicht. Wenngleich nun die Versuche keine absoluten Erfolge geben, so übte doch schon das zeitweilige Anwachsen einen günstigen Einfluss auf die Heilung der Geschwüre aus. P.

I. Kocks: Zur aseptischen Dilatation des Uterus mittelst Quellkegel in Gummischläuchen. (Centralblatt für Gynäkologie 1881. № 10 pag. 235.)

Verf. proponirt, um Infection zu vermeiden, bei Erweiterung des Uterus die respect. Quellkörper (Tupelo, Laminaria, Pressschwamm) in einem circa 20—25 Ctm. langen und 1—2 Ctm. breiten dünnwandigen Gummiblindschlauch in die Cervix einzuführen. Um das Quellen der Stifte zu ermöglichen wird ins offene Ende des Schlauches Wasser eingegossen und dann der Schlauch unterbunden. — Der Gummischlauch muss selbstverständlich desinficirt sein, ebenso kurz vor Einführen des Fremdkörpers die Vagina.

Die Vortheile dieses Verfahrens findet K. in Folgendem:

1) Gleichmässige Dilatation des Uterus. Die vom Orif. intern. am Stifte gewöhnlich herrührende Furche fehlt.

2) Keine Blutung bei Entfernung des Stiftes.

Was die Technik betrifft, so warnt Verf. vor Anwendung gezähnter Zangen zum Einführen der Stifte, da die Gummischläuche leicht dadurch verletzt werden. — Ferner räth Verf. das zugebundene Ende des Schlauches in die Vagina zu schieben und einen Carboltampon vorzulegen, damit keine Zerrung an demselben stattfinde. W.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Prof. E. Reichardt (Jena): Desinfection und desinficirende Mittel. Stuttgart. Verlag v. Enke. 1881. II. Auflage.

Wir können dem Verf. nur danken, dass er von seinem 1867 erschienenen Büchlein, welches längst vergriffen, eine neue vermehrte und umgearbeitete Auflage hat erscheinen lassen. Im Gegensatz zu den in der letzten Zeit erschienenen Büchern, die durch grossen Umfang und theoretisches Calcul den meisten Interessenten schwer zugänglich, zeichnet sich das vorliegende Buch durch Kürze und Klarheit aus, vollkommen dem Zweck, auch dem nichtärztlichen Publikum zugänglich zu sein, entsprechend.

Mit einer kurzen Uebersicht über Gährung und Fäulniss beginnend, bespricht Verf. Canalisation und Abfuhr und geht darauf zu dem speciellen Thema, der Desinfection, über. Er bespricht eingehender die Desinfection der Luft, des Wassers und fäcaler Massen und giebt jedesmal die geeignetsten Mittel an, wobei er den neuesten Untersuchungen Rechnung trägt. Den Schluss bildet ein kurzes Capitel über Erhaltung der Nahrungsmittel.

Wir können dieses kleine Buch allen Collegen nur aufs Beste empfehlen, um so mehr da gerade «Canalisation», «Abfuhr» und Desinfection bald zu den brennenden Tagesfragen gehören werden. P.

F. von Koschkull: Ueber Jules François' Programm hinsichtlich der zur Einrichtung unserer kaukasischen Mineralquellen nöthigen Arbeiten. (114 S.. russisch.)

Die von der Regierung, den Aerzten und dem leidenden Publikum seit vielen Jahren ventilirte Frage, wie den mannigfachen Uebelständen in unseren kaukasischen Bädern gründlich abzuhelfen und ihre Einrichtungen endlich jener Vervollkommnung entgegenzuführen seien, der sich die meisten europäischen Heilquellen erfreuen, ist so wichtig, dass wir uns auch nach Schluss der sogenannten Saison veranlasst fühlen, auf obige, vor wenigen Monaten erschienene, diese Angelegenheit eingehend beleuchtende Broschüre aufmerksam zu machen. — In der am 10. Januar d. J. stattgehabten Sitzung der

kaukasischen Abtheilung der kais. russ. techn. Gesellschaft erklärte der Vertreter des kaukasischen Bergbaues, während einer durch den Chef des Terekgebietes veranlassten resp. Discussion, dass das von Jules François 1875 entworfene Programm zur Hebung des Betriebes in den kaukasischen Bädern (s. Memoiren d. kauk. med. Gesellsch. 1878) an Vollständigkeit wie Vollkommenheit nichts zu wünschen übrig lasse und in toto von den russischen Ingenieuren und Technikern zu acceptiren sei. Dieser Behauptung tritt nun K., ein, wie uns scheint, durchaus dazu berufener Bergingenieur, energisch entgegen und unterwirft F.'s Programm einer Kritik, wie sie schärfer und sachlicher kaum gedacht werden kann. Indem wir die Interessenten hinsichtlich aller Details auf das Buch selbst verweisen müssen, wollen wir hier nur anführen, dass K. dem mit grossen Prätensionen und vielem Pomp 1874 erschienenen, enorm bezahlten und schliesslich recht kleinlaut abgezogenen, französischen Hydrotechniker nachweist, er habe keine einzige neue wissenschaftliche, sondern nur alte verbrauchte, uns lange bekannte Hypothesen gebracht und lediglich Rückschritte angebahnt. K. zeigt ferner, dass sein eigener, 1870 abgefasster Bericht viel deutlicher, ausführlicher und richtiger sei und hofft, dass F.'s Programm für die kommenden Generationen keinen anderen Werth als den eines abschreckenden Beispiels in Bezug auf Berufung gewisser Ausländer haben werde; — schliesslich empfiehlt er einen einheimischen, wissenschaftlich tüchtigen und ehrlichen Bergingenieur mit so grossen Vollmachten und Mitteln, wie F. sie besass, auszurüsten, resp. zu dieser Stellung zu erziehen, um alle noch schwebenden geologischen und technischen Fragen aufzuklären und den eigentlichen Betrieb der Bäder nicht mehr Arrendatoren auf *kurze* Zeit, sondern der directen Kronsverwaltung oder einer mit bestimmten Rechten und Pflichten auf immer oder mindestens auf sehr *viele* Jahre ausgestatteten Compagnie zu übertragen. F—t.

Russische medicinische Literatur.

№ 255. Wratsch. № 43.

Inhalt: a) Prof. P. Kowalewski: Ueber die Ansteckungsfähigkeit der Hundswuth.
b) A. Kahan: Ein seltener Fall von progressiver Knochenerweichung bei einem 26-jährigen Manne.
c) G. Herzenstein: Materialien zu einer künftigen Geschichte der medicinischen Bildung in Russland. (Forts.)
d) S. Kostjurin: Beobachtungen über den Kumyss in Salawuta. (Schluss.)
e) G. Rein: Notizen über die antisept. Wundbehandlung.
f) A. Krassowski: Epidemische Gastro-enteritis unter den Untermilitairs des örtlichen Commandos in Osurgety.
g) Putilow: Zur anthropologischen Planigraphie.

№ 256. Wratschebnija Wedomosti. № 41.

Inhalt: a) D. Tschechow: Ueber die Verpflegung der Geisteskranken.
b) Popow: Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Cetrarin und Quassiin. (Schluss.)
c) F. Treskin: Die Affectionen der Regio mastoidea, ihr Charakter und Verlauf. (Schluss.)

№ 257. Wojenno-Sanitarnoje Djelo № 26.

Inhalt: a) N. Goldenberg: Die Sommer-Fussbekleidung der Soldaten.
b) Ab—ski: Der Sanitätszustand der Truppen im Kaukasus während des I. Quartals 1881.
c) W. W.: Die letzte Woche auf dem Schipka-Passe.

№ 258. Klinitscheskaja Gaseta № 30.

Inhalt: a) Prof. J. Sarubin: Heilsame Wirkung von Erysipelas auf eine carcinomatöse Geschwulst.
b) A. Bjelzow: Zur Pathologie und Therapie der praeperitonäalen Phlegmonen in der Regio hypogastrica propria.
c) A. Shdanow: Ein Fremdkörper (Nähnadel) im Sinus pyriformis.

№ 259. Medizinskoje Obosrenje October-Heft. 1881.

Inhalt: a) Pospelow: Naphtaöl bei Behandlung von Hautkrankheiten.
b) A. Solowjew: Eine Exstirpation der krebsig entarteten Gebärmutter.
c) Klein: Ueber einige Formen von chronischer Pericarditis.

№ 260. Bibliothek militär-sanitarischer Kenntnisse für Aerzte und Officiere. (Библіотека военно-санитарныхъ познаній). Herausgegeben von der Redaction der Wochenschrift «Wojenno-Sanitarnoje Djelo». St. Petersburg 1882, Lief. I.

Inhalt: W. Derblich: Die Simulationskrankheiten der Wehrpflichtigen. (Uebersetzt aus d. Deutschen mit Hinzufügung der russ. Gesetzesverordnungen).

№ 261. Medizinskaja Biblioteka. № 5.

Inhalt: a) S. Danillo: Die Bedeutung der Menstruation bei Geisteskrankheiten. (Aus der Klinik des Prof. Merziejewski.)
b) G. Beaunis: Physiologie des Menschen. Uebersetzt von Dr. N. Zybulski.
c) E. Henoch: Kinderkrankheiten. Uebersetzt von DDr. W. und E. Swjatlowski.
d) G. Dieulafoy: Anleitung zur inneren Pathologie. Uebersetzt von DDr. W. und E. Swjatlowski.
e) L. Medicus: Gerichtlich-medicinische Untersuchungen der Lebens- und Genuss-Mittel. Uebersetzt von Dr. N. Krusenstern unter der Redaction des Prof. Dobroslawin.
f) R. Leuckart: Allgemeine Naturgeschichte der Parasiten. Uebersetzt von Prof. E. Brandt. (Schluss.)
g) F. Niemeyer: Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie. (Uebersetzt von ?.)

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Kaiserschnitt oder Exstirpation des schwangeren Uterus? von Dr. G. E. Rein. (russ.)

— Die operative Gynäkologie mit Einschluss der gynäkologischen Untersuchungslehre von Prof. A. Hegar und Prof. R. Kaltenbach. 2. Aufl., 2. Hälfte. — Ferd. Enke. — Stuttgart 1881.

— Lehrbuch der operativen Geburtshülfe von Prof. P. Zweifel — Ferd. Enke. — Stuttgart 1881.

— Handbuch der historisch-geographischen Pathologie von Prof. Aug. Hirsch. 2. Aufl., 2. Abth. Die allgemeinen acuten Infectionskrankheiten. — Ferd. Enke. — Stuttgart 1881.

— Compendium der Augenheilkunde von Dr. Fried. Hersing. 3. Aufl. — Ferd. Enke. — Stuttgart 1881.

— Zur Aetiologie der Infectionskrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Pilztheorie. Vorträge gehalten in den Sitzungen des ärztlichen Vereins zu München im Jahre 1880. 2. Hälfte. — J. A. Finsterlin. — München 1881.

— Die Prodromalstadien der Psychopathien und ihre Behandlung. Vortrag gehalten in der psychiatr. Section des internation. med. Congresses in London von Dr. Otto Müller. (Separat-Abdruck.)

— Index Catalogue of the library of the Surgeon-General's-Office U. J. Army. Vol. II. Zusammengestellt von Dr. Billings. — Washington 1881.

— Wiener Klinik. Heft 10. — Jos. v. Drozda: Zur Diagnostik der Gehirnerkrankungen. — Urban und Schwarzenberg. — Wien 1881.

Tagesereignisse.

— Am 13. October c. verstarb in Minsk der Oberarzt der dortigen Wohlthätigkeitsanstalten, Staatsrath Dr. Schazkin, im 55. Lebensjahre an croupöser Pneumonie. Die Liebe und Achtung, welche der Verstorbene während seiner vieljährigen ärztlichen Thätigkeit in Minsk sich erworben, sprach sich deutlich bei seiner Bestattung aus, an welcher Hoch und Niedrig sich betheiligte.

— Der Ordinator an der weiblichen Abtheilung des Obuchow-Hospitals Dr. W. Kernig ist zum Docenten für die Klinik der innern Krankheiten bei den weiblichen medicinischen Cursen gewählt worden. Die Vorlesungen über Anatomie in diesen Cursen wird an Prof. Landzert's Stelle der Prosector Dr. L. Iwanowski übernehmen.

— In der am 23. October c. stattgehabten Stadtverordneten-Versammlung ist endlich die vielberegte Frage, betreffend die Uebernahme der hiesigen Hospitäler seitens der Stadt-Verwaltung zum Austrage gekommen. Es wurden die darauf bezüglichen Anträge der städtischen Sanitätscommission, welche von dem Präsidenten dieser Commission W. Lichatschew näher begründet und aufrecht erhalten wurden, in dieser Sitzung einstimmig angenommen und demgemäss beschlossen, auf Grund der Städteordnung die Krankenpflege St. Petersburgs in vollem Umfange, resp. alle Hospitäler mit ihrem Inventar, Capitalien etc. sofort in städtische Verwaltung zu nehmen. Es bleibt somit nur noch die Erledigung der gesetzlichen Formalitäten übrig.

— In Hannover ist am 11. October c. der durch seine zahlreichen populär-medicinischen Werke bekannte Professor Dr. Hermann Klencke im Alter von 69 Jahren gestorben.

Miscellen.

— Die Sammlungen für die wissenschaftliche *Rudolph Virchow*-Stiftung haben einen erfreulichen Erfolg. Unter anderen hat der Dr. med. Herzog Karl von Baiern einen namhaften Beitrag gezeichnet, ebenso hat die Berliner medicinische Gesellschaft 3000 M. für die Stiftung bewilligt, die schon jetzt den Betrag von 60,000 M. erreicht hat.

— Buchanan, der bekannte Händler mit Doctordiplomen der Universität in Philadelphia, welcher seine 15-monatliche Gefängniss

strafe, zu der er verurtheilt war, eben abgebüsst hat, ist neuerdings wiederum zu einem Jahr Gefängnisshaft und Zahlung von 1000 Doll. verurtheilt worden.

— In Nordamerika existiren bereits 11 homöopathische Universitäten, 38 homöopathische Hospitäler und 120 homöopathische Vereine. Als Begründer derselben wird der homöopathische Arzt Dr. Constantin Hering aus Deutschland genannt, welcher den grössten Theil seines Lebens dem Dienste der Homöopathie in Nordamerika widmete. Hering ist im vorigen Jahre in einem Alter von 81 Jahren gestorben.

— In Cochinchina wütheten bis in die jüngste Zeit hinein unter den dortigen Einwohnern die Pocken in entsetzlicher Weise, so dass mindestens 50 % von ihnen befallen wurde. Die französische Local-Regierung sah sich daher in die Nothwendigkeit versetzt, zur Bekämpfung dieser Seuche die Impfung mit allen Kräften in's Werk zu setzen. Die Ausführung der Impfung wurde den Marineärzten übertragen, welche einmal wöchentlich die an einem Hauptorte versammelten Kinder impften. Gleichzeitig wurden 2 Central-Impfärzte angestellt, welche zweimal jährlich jeden der 19 Districte der Colonie besuchen und an bestimmten Puncten sämmtliche wegen zu weiter Entfernung von den Hauptorten noch nicht geimpften Kinder impfen sollten. Der eine dieser Central-Impfärzte Dr. Vantalon, hat einen interessanten Bericht über seine Impf-Thätigkeit während des Jahres 1880 veröffentlicht, der den Beweis liefert, wie selbst unter Verhältnissen, die durch Aberglauben, räumliche Entfernungen etc. in hohem Grade erschwert sind, bei gutem Willen der Behörden und Aerzte die Impfung mit bestem Erfolge durchgeführt werden kann. Nach diesem Berichte, den wir in den «Veröffentlichungen des deutschen Gesundheitsamtes» finden, waren beim Beginn des Jahres 1880 unter der Bevölkerung von 2 Millionen Seelen etwa 50,000 bereits geimpft. Dr. Vantalon bereiste nun im Laufe des Jahres 1880 in systematischer Folge die 19 Districte der Colonie und impfte in 268 Sitzungen an 132 verschiedenen Orten eine Gesammtzahl von 50,798 Kindern. Durchschnittlich wurden in jeder Sitzung 190 Impfungen (von Arm zu Arm) ausgeführt; V. konnte es sogar bis zur Abfertigung von 200 Kindern in der Stunde, wenn auch nicht ohne Ermüdung bringen. Von den 50,798 geimpften Kindern wurde bei 20,146 das Resultat in Augenschein genommen, welche sich zu 83,06 % als erfolgreich geimpft erwiesen. Bemerkenswerth ist, dass sich eine erhebliche Verschiedenheit des Erfolges je nach dem Alter der Lymphe zeigte, indem bei Anwendung einer Lymphe, welche aus 5 Tage alten Pusteln stammte, 93,36 % erfolgreiche Impfungen gegenüber nur 47,70 % beim Gebrauche $8^1/_2$tägiger erzielt wurden. Dies ist eine nur selten gewürdigte Thatsache, auf die bereits Trousseau hingewiesen und die Jenner selbst am Ende seiner praktischen Thätigkeit anerkannt hat: die Wirksamkeit der Lymphe nimmt vom 5. bis zum 10. oder 11. Tage, wo sie überhaupt aufhört, wirksam zu sein, allmälig ab. Da aber die 5tägige Lymphe noch sehr spärlich ist, hielt es Vantalon bei seinen Masseimpfungen für rathsamer, in der Mehrzahl der Fälle solche zu wählen, welche bereits 6 oder 7 Tage alt war.

Die Entwickelung der Pusteln zeigte bei den Kindern des anamitischen Volkes keine wesentliche Verschiedenheit von denjenigen bei weissen Racen. Die Kosten (Transportkosten, Vergütungen für die Eltern der Stammimpflinge und Gehälter) betrugen bei einer Anzahl von 50,798 Impfungen in Summa 21,740 Frcs., d. i. 0,428 Frcs. für jedes geimpfte Kind. Bf.

Personal-Nachrichten.

Amtliche.

— *Befördert: zu Wirklichen Staatsräthen* die Staatsräthe: Dr. med. Shatinski, Oberarzt des Militärhospitals zu Orenburg, und Dr. med. Reswjakow, Inspector der Medicinalabtheilung der Gouvernementsregierung von Kostroma.

— *Bestätigt*: Wirklicher Staatsrath Ehrhardt, Prof. emer. der St. Wladimir-Universität — für weitere drei Jahre als Decan der medicinischen Facultät dieser Universität.

— *Ernannt*: Dr. med. Schmelew und die Collegien-Räthe Jakowlew, ält. Arzt der 2. L.-G. Artillerie-Brigade, und Wischnjakow — zu ausseretatsm. ält. Medicinalbeamten beim Medicinal-departement.

— *Entlassen aus dem Dienst*: Häuslicher Verhältnisse wegen: Wirklicher Staatsrath Girgenson, Chef des Medicinalwesens der Schwarzmeer-Häfen und -Flotte und Oberarzt des Nicolai-Militärhospitals.

Vacanzen.

— *Eine Landschaftsarztstelle* im Kreise *Pawlowsk*, Gouvernement *Woronesh*, ist vacant. Gehalt 1200 Rbl. jährlich und freie Dienstfahrten. Der Arzt hat im Flecken Woronzowka zu wohnen, wo sich ein Empfangszimmer nebst Apotheke befindet. Jeden Monat hat der Arzt durch die Dörfer und Ansiedelungen seines Bezirks eine Inspectionsreise von zwölftägiger Dauer zu machen. Nach fünfjähriger Dienstzeit wird dem Arzte durch Majoritätsbeschluss der Landschafts-Deputirten des Kreises eine einmalige Gratification im Betrage von 300 Rubeln bewilligt.

— *Eine Landschaftsarztstelle* im Sanitätsbezirk Stewzy des Kreises *Schtschigry*, Gouvernement *Kursk*, wird zum 7. Januar 1882 vacant. Gehalt 1200 Rbl. jährlich bei freien Dienstfahrten. Qualificirte Bewerber haben ihre Gesuche unter Beifügung der nöthigen Documente an das Kreis-Landschaftsamt Schtschigry zu richten.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 25. October 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	706	250	956
Alexander- «	446	153	599
Kalinkin- «	—	443	443
Peter-Paul- «	273	123	396
St. Marien-Magdalenen-Hospital	165	73	238
Marien-Hospital	291	237	528
Ausserstädtisches Hospital	218	130	348
Roshdestwensky-Hospital	51	20	71
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	354	163	517
4 zeitw. Hospitäler	450	152	602
Ausschlags-Hospital	5	9	14
Summa der Civilhospitäler	2959	1753	4712
Nikolai-Kinder-Hospital	43	47	90
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	59	73	132
Elisabeth-Kinder-Hospital	32	31	63
Summa der Kinderhospitäler	134	151	285
Nicolai-Militär-Hospital	428	20	448
Ssemenow'sches Militär-Hospital	196	—	196
Kalinkin-Marine-Hospital	254	—	254
Gesammt-Summa	3971	1924	5895

Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	894	225	1119
Scarlatina	12	19	31
Variola	8	7	15
Venerische Krankheiten	620	441	1061

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 18. bis 25. October 1881 besucht von 2188 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1034.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs

für die Woche vom 11. bis 17. Oktober 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 497 Todtgeborene 14). — Mortalität 38,5 p. M.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	Im Ganzen: W.	Im Ganzen: Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
287	210	497	94	25	62	12	11	20	71	56	37	35	42	19	6	7

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 8, Typh. abd. 15, Febris recurrens 10, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 4, Masern 1, Scharlach 9, Diphtheritis 20, Croup 1, Keuchhusten 6, Puerperalkrankheiten 7, Dysenterie 1, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 11.

— Gehirnapoplexie 5, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 15, andere Gehirnkrankheiten 17, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 26, acute Entzündung d. Athmungsorgane 42, Lungenschwindsucht 103, andere Krankheiten der Brusthöhle 11, Gastro-intestinal-Krankheiten 81, andere Krankheiten der Bauchhöhle 17, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 26, Marasmus senilis 26, Cachexia 17.

— Tod durch Zufall 8, Selbstmord 3. Mord 0.

— Andere Ursachen 6.

Nächste Sitzung d. deutschen ärztlichen Vereins, Montag den 2. November 1881.

Nächste Sitzung des allgem. Vereins St. Petersburger Aerzte, Dienstag den 10. November 1881.

Nächste Sitzung der geburtshülfl. Section, Donnerstag den 5. November a. c.

„ВРАЧЕБНЫЯ ВѢДОМОСТИ"

ГОДЪ СЕДЬМОЙ

ГАЗЕТА ПРАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ГИГІЕНЫ

будетъ выходить въ 1882 году еженедѣльно, по той же программѣ и въ томъ-же объемѣ.

Газета посвящена вопросамъ практической медицины, быта врачей и земскаго медицинскаго дѣла.

Редакція заботится о расширеніи справочнаго отдѣла о свободныхъ вакансіяхъ въ земствахъ для врачей, фармацевтовъ, фельдшеровъ и акушерокъ.

ПОДПИСНАЯ ЦѢНА:

	На годъ.	На полг.	На 3 мѣс.
Безъ пересылки	6 р.	4 р.	2 р.
Съ пересылкой и доставкой .	8 „	5 „	3 „

ПОДПИСКА ПРИНИМАЕТСЯ: въ С.-Петербургѣ — въ конторѣ редакціи, «**Врачебныхъ Вѣдомостей**». Владимірская, д. № 7.

Гг. иногородные адресуютъ подписку и иныя требованія исключительно въ контору редакціи «**Врачебныхъ Вѣдомостей**». 134 (4)

Врачебный Ежегодникъ

на 1882 годъ.

Справочная, медицинская карманная книжка, (вдвое противъ прошлаго года). Терапія внутреннихъ и наружнихъ болѣзней, акушерство, женскія болѣзни, (вновь обработ. д. Кубасовымъ). — Дѣтскія болѣзни. — Средства противъ сифилиса. — Глазныя, ушныя и зубныя бол. (также вновь). — Гидротерапія (вновь сост. д. Левисомъ). — Свѣдѣнія по гигіенѣ (вновь переработаны д. Смоленскимъ). — Пособія при отравленіяхъ и незапныхъ случаяхъ обмиранія. — Дозы употребительныхъ медикаментовъ, высшіе пріемы. — Новая такса (вновь). — Кумысолѣчебныя заведенія (вновь). — Свѣдѣнія о приготовляемыхъ гигіенической лабораторіею веществахъ: пепсинѣ, пептонѣ, мясномъ сокѣ и др. (вновь) и проч. справ. необходимыя свѣдѣнія. — Календарь и книжка для ежедневныхъ отмѣтокъ.

Цѣна въ каленкоровомъ изящномъ переплетѣ для подписчиковъ „Врачебныхъ Вѣдомостей" 1 руб., въ отдѣльной продажѣ 1 руб. 25 к. На пересылку прилагается 3 почтов. марки.

Die

Dr. Kreyser'sche Wasserheilanstalt

vormals im Demidow-Pereulok, befindet sich jetzt

Michaelplatz № 15, nächst der Passage

und steht unter Leitung von

Dr. J. Fränkl 11 (11)

früher Assistent bei Prof. Winternitz und leitender Arzt der Wasserheilanstalt Priessnitzthal bei Wien. Die Anstalt ist von 8 Uhr Morg. bis 6 Uhr Abends geöffnet — für Damen von 12 bis 2 Uhr. Daselbst Zimmer für Kranke.

Vom 15. Oktober practicire ich wieder in

SAN REMO (ITALIEN).

Dr. Secchi

130 (3) Villa Decasli, Corso Garibaldi.

chez Mrs. Stoll & Schmidt, Societé pharmaceutique commerciale russe, H. Klos & Co.

VICHY

Direction: Paris, 22, boulevard Montmartre.

GRAND-GRILLE. Gegen lympathische Neigungen, schlechte Verdauung, Verstopfung der Leber, der Milz, des Leibes, Steinkrankheit u. s. w.

HOPITAL. Gegen Verdauungsbeschwerden, Magenbeschwerden, Appetitlosigkeit, Magenschmerzen u. s. w.

CÉLESTINS. Gegen Kreuzschmerzen, Blasenleiden, Steinkrankheit, Podagra, Appetitlosigkeit u. s. w.

HAUTERIVE. Gegen Kreuzschmerzen, Blasenleiden, Steinkrankheit, Podagra, Appetitlosigkeit u. s. w. — Man fordere die Bezeichnung der Quelle auf der Schachtel.

En vente à St. Pétersbourg:

chez Mrs. Stoll & Schmidt, Societé pharmaceutique commerciale russe, H. Klos & Co. 109 15 (4)

MATTONI'S

GIESSHÜBLER

reinster alkalischer **Sauerbrunn**, bestes Tisch- und Erfrischungsgetränk,

vorzüglich verwendbar bei Katarrh der Athmungs- und Verdauungsorgane und der Blase.

PASTILLES digestives et pectorales.

Vorräthig in allen **Apotheken** und **Mineralwasser-Handlungen**. Ctrl. Msk. 10884

41 (4) **Heinrich Mattoni, Karlsbad.**

122 **SAINT-RAPHAËL** (22)

Тоническое вино укрѣпляющее, болѣе полезно при малокровіи, чѣмъ желѣзистое и хинное, оно укрѣпляетъ молодыхъ дамъ. дѣтей и стариковъ, употребляется исключительно въ госпиталяхъ Парижа какъ укрѣпляющее, сохраняется по способу Г-на Пастера **Вино С. Рафаель** очень пріятно на вкусъ. Пріемъ по стакану (отъ краснаго вина) послѣ всякаго пріема пищи.

На каждой бутылкѣ этикетъ и капсюль съ подписью St. Raphaël

Продается у Штоль и Шмидтъ, въ русскомъ фармацевтическомъ обществѣ, Вергольцъ, Рулковіусъ и Хольмъ, М. Юргенсъ, Врезинскій, К. Шпигель, Гафеске и Меркъ, Шапиро, Шаскольскій, Ф. Раултъ, братьевъ Арабаджи, Елисѣевъ, Фейтъ и Ко. и въ главныхъ аптекахъ.

Складъ у владѣльца вина С. Рафаель, въ Валенсъ (Дромъ) Франція.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 30 Октября 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh., Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

ST. PETERSBURGER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg,
Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 45. St. Petersburg, 7. (19.) November. 1881.

ADRESSE DES DEUTSCHEN AERZTLICHEN VEREINS IN ST. PETERSBURG

an

RUDOLPH VIRCHOW.

Hochverehrter College!

Der Vorschlag, den 25. Jahrestag Ihrer Wirksamkeit an der Berliner Hochschule zugleich mit Ihrem 60. Geburtstage zu einem Fest zu gestalten, ist wie ein zündender Funke durch alle Länder gegangen und hat überall wo die Wissenschaft vom Menschen gepflegt wird und wo rationelle ärztliche Kunst in Ehren steht, begeisterte Aufnahme gefunden. Auch zu uns ist dieser Ruf gedrungen und freudig stimmen wir ein in die Huldigungen, welche Ihrem Genius heute in Berlin gespendet werden, — denn gleich allen Verehrern medicinischer Wissenschaft sehen wir die Virchowfeier an als ein Fest der ganzen medicinischen Welt.

Dem Manne, welchem mehr als irgend einem anderen die medicinische Wissenschaft ihr gegenwärtiges Emporblühen verdankt, dem Manne, welcher so reiche Schätze an Wissen aus den dunklen Tiefen unerkannter Lebensvorgänge ans Licht gefördert, gebührt vor Allem der Dank derjenigen, welche durch ihn bereichert, das gewonnene Capital an Kenntnissen in praktischer Thätigkeit täglich umsetzen und verwerthen.

Der Deutsche ärztliche Verein in St. Petersburg steht nicht minder wie jeder Verein, der die Pflege wissenschaftlicher Medicin in Verbindung mit ärztlicher Praxis zu seiner Aufgabe macht, — durchaus auf demjenigen Boden, welcher durch Ihre Arbeiten erst ein fester Baugrund geworden ist, — viele seiner Mitglieder haben einst auf den Bänken Ihrer Hörer gesessen, und so reclamirt derselbe für alle seine Mitglieder das Vorrecht, sich Ihre Schüler nennen zu dürfen. Als solche senden wir Ihnen heute neben unserem Dank auch den Ausdruck unserer Bewunderung und wärmsten Verehrung.

Ihr bahnbrechender Forschergeist und Ihre ausserordentliche Arbeitskraft haben Sie auf jene von Wenigen nur erreichte Höhe gestellt, auf welcher durch keine äusseren Auszeichnungen und durch keinen klangvollen Titel etwas hinzugefügt werden kann an Ehre dem Namen

RUDOLPH VIRCHOW.

St. Petersburg, den 2. (14.) November 1881.

Ueber Behandlung der Spondylitis mittelst tragbarer Apparate aus Filz, nach Gypsmodellen des Oberkörpers.

Von

Dr. E. Anders.

Nachdem die Sayre'schen Gypskürasse in der Behandlung der Spondylitis allgemeine Anwendung gefunden, war bald das Streben dahin gerichtet, gegen einige unvermeidliche Uebelstände dieser Methode zu kämpfen. Die Schwierigkeit und häufige Indication für das Wechseln der Gypsjackets, insbesondere in der Kinderpraxis, wo häufig nur Reinlichkeitsgründe in kurzer Zeit ein solches mit Dringlichkeit erfordern, die Unmöglichkeit während der Cur Bäder gebrauchen zu lassen u. s. w., veranlasste Versuche, die Methode hie und da zu modificiren. — So war Beely (Berliner Klin. Wochenschr. № 15 und 16, XVII. Jahrg.) bestrebt, durch Anfertigung articulirter 2- und 3-schaliger Gypsverbände in die Behandlung eine Vervollkommnung einzuführen, wodurch die Sayre'schen circulären Verbände abnehmbar gemacht wurden. Diese Versuche scheiterten wohl besonders an der Starrheit und Unnachgiebigkeit des Materials, welches zudem unter diesem Verfahren zu wenig dauerhaft wurde, und eine nachträgliche Veränderung am Verbande vollends unmöglich machte. Man verwandte deshalb Filz vielfach als Verbandmaterial und tränkte denselben mit Schellacklösung oder Wasserglas, oder man gebrauchte den poroplastischen Filz um amovible Corsette zu fertigen. In seiner «Modernen Orthopädik» (Stuttgart Frd. Enke) spricht Vogt auf das wärmste für die aus plastischem Filz gearbeiteten Corsette und erklärt sich Volkmann mit ihm völlig einverstanden. Vor dem Sayre'schen Gypsverbande habe das Filzcorsett den grossen Vorzug, dass es jeder Zeit abgenommen und angelegt werden könne, wozu bei Spondylitis häufiger Grund vorhanden wie bei der Behandlung der Scoliosen. Verfasser fertigt sich Corsette nach Papiermodellen aus Filzplatten und lobt ihre grosse Tragfähigkeit, ja er hält bei Kyphose der unteren Rücken- oder der Lendenwirbel, welche auch wir in Folgendem zunächst nur ins Auge fassen, die Behandlung mit tragbaren Apparaten wie Filzcorsetts für vollkommen ausreichend, während er für die mittleren und oberen Rückenwirbelerkrankungen Distraction und Reclination durch Rauchfuss'sche Schwebe, Maas'sche Rolle, und Gewichtsextension für unentbehrlich hält.

Meist tränkte man die Filzjacke mit Schellacklösung und passte sie direct in schwebender Lage dem Körper an. Dann musste der Patient bei möglichster Streckung des Körpers liegend das Trocknen des Filzes abwarten. Es liegt auf der Hand, dass durch das langsame Trocknen des Filzes bedeutende Schwierigkeiten erwachsen. Einmal muss der Patient wenigstens 10 Stunden, bei stark mit Schellacklösung oder Wasserglas getränktem Filze wol noch viel länger in Extension mittelst Glisson'scher Schwebe liegen, was an sich gewiss kein Nachtheil wäre, müsste nicht zugleich vollkommen ruhige Lage beobachtet werden, wenn nicht durch Bewegungen und Lageveränderungen des Körpers nothwendige Falten im Filze sich bilden sollen, was später eine höchst lästige und quälende Complication beim Tragen der Filzcorsette giebt. Ein so vollkommen ruhiges Liegen durch viele Tages- und Nachtstunden hindurch ist wohl im Kindesalter nicht zu erreichen, weshalb Faltenbildung und leichte Verbiegungen unvermeidlich. Die Methode erscheint schon deshalb unvollkommen, weil es kaum je gelingen möchte, den Patienten stundenlang in einer Extension bei Bettlage zu erhalten, wie diese etwa in Suspension des Körpers erreicht wird. Und doch ist eine solche für das Formen eines durch längere Zeit hindurch zu tragenden Corsettes unerlässlich. In keinem Falle dürfte eine blosse Extension am Kopfe, etwa mittelst Volkmann'schen Zuges genügen, da hierbei Bewegungen aller Art, und in unbewachten Augenblicken Wendungen des ganzen Körpers zumal im Schlafe nicht ausgeschlossen sind. Mir hat jedenfalls die Erfahrung gezeigt, dass ein so angelegtes Filzcorsett niemals genau die Form erhalten hat, wie sie ursprünglich dem in vollkommener Suspension befindlichen Körper entnommen wurde. — P. Bruns («über plastischen Filz zu Contentivverbänden» Deutsche med. Wochenschrift 1879, № 29) hebt die Nothwendigkeit hervor, ein plastisches Material für chirurgische und orthopädische Zwecke zu besitzen, welches sich genau nach den Körpertheilen formen lässt und empfiehlt als solches in erster Linie den in England fabricirten plastischen Filz, (poroplastic felt) der nur einen zu hohen Preis habe. (1 Kilo 8 Mark.) Bruns stellt deshalb ein ähnliches Präparat her, welches dem englischen in Nichts nachstehen soll. Er bedient sich des sogenannten Sohlenfilzes. Derselbe wird mit einer concentrirten Schellacklösung (660,0 auf ein Liter Spiritus) gesättigt, und bei gewöhnlicher Temperatur 3—4 Tage getrocknet. Dieses so hergestellte Präparat ist brettbart, wird aber durch Erwärmen auf 90° R. in Dampf oder siedendem Wasser so schmiegsam, dass es sich in jede beliebige Form bringen lässt. Das Wiedererstarren erfolgt in 2 Minuten, so dass man sich mit dem Anlegen eines Verbandes beeilen muss.

In den Sitzungsberichten der Würzburger Phys. med. Gesellschaft 1881 theilt uns Bergmann seine Anfertigungsmethode der Cocking'schen Jacken aus poroplastischem Filze mit. Bei der directen Application des poroplastischen Filzes nach seiner Erwärmung auf den Körper hat man es nach Bergmann's Erfahrung wiederum mit lästigen Falten zu thun, die hart geworden drücken, so dass die Jacken ihren Zweck verfehlen. Aus diesem Grunde schneidet Bergmann jedesmal nach Mustern, die am hängenden Körper genommen wurden, die Jacke zu, erwärmt sie im Ofen und formt sie über einem Modell, das aus Kupfer hergestellt, hohl, und mit heissem Wasser angefüllt ist. Die so schon vorgebildete erwärmte Jacke wird dem schwebenden Körper adaptirt. Gut thue man, um ein vollkommenes Anschmiegen zu erzielen, und durch genauen Taillenschluss die Jacke dem Körper zu adaptiren, vorher in der Taillenhöhe einige Ein- oder auch Ausschnitte anzubringen. Indessen führt Bergmann ausdrücklich an, dass die guten Eigenschaften des zu verarbeitenden Materials nur der besseren Qualität eigen sind und kostet eine Filzjacke aus englischem Stoffe 30 Mark.

Es giebt wohl nur 2 Wege den Filz als Material immobiler Kürasse zu verwenden. Entweder man wendet den rasch am suspendirten Körper erstarrenden Filz an und sucht die hierbei unvermeidlichen technischen Schwierigkeiten zu überwinden, oder man arbeitet auf den, dem entsprechenden

Falle entlehnten Gypsmodellen. Durch den hohen Preis und die Nachtheile des rasch erstarrenden Filzes bei erforderlicher Eile der Application veranlasst, unternahm ich es fortan, nur noch an Gypsabgüssen der deformen, möglichst extendirten Wirbelsäule zu arbeiten, und möchte dieser Methode hervorragende Vorzüge nachrühmen, und ihrer Durchführbarkeit durchaus das Wort reden.

In № 199 der Sammlung Volkmann'scher Vorträge: «Zur Behandlung der Pott'schen Kyphose mittelst tragbarer Apparate» beschreibt Beely seine Methode, den in Schellacklösung getränkten Filz zu verarbeiten. Nachdem Patient in eine passende Suspension gebracht, fertigt Beely einen circularen Gypsverband ohne Polsterung auf blossem Körper an, nur gerade so stark, dass derselbe nach Abnahme seine Form behält. Vorn in der Mitte aufgeschnitten, werden die Schnittränder durch Umlegen einer Gypsbinde wieder vereinigt. Er verstärkt den Verband an einzelnen Stellen durch Aufstreichen von Gyps- und Tripolithbrei an der Innenseite. Dieser Kürass dient ihm zum Modell von «hinreichender Genauigkeit», um über demselben den Filzverband herzustellen. Ein noch nicht getränktes Filzstück wird um diesen Kürass gelegt, vorn zusammengezogen, und wo es sich nicht genau dem Modell anschmiegt mit elliptischen Ausschnitten versehen, wonach die Schnittränder wieder zusammengenäht werden. Darauf wird der Filz mit Schellacklösung bestrichen. Nach mehrmaligem Tränken des Filzes und seiner Austrocknung wird er vom Modell entfernt und mit Längs- und Querschienen von Stahl versehen. Das Zurechtbiegen und Befestigen der Schienen wird ohne Hülfe eines Handwerkers mittelst zweier Schlüssel, Nietvorrichtung und Schrauben besorgt.

Auf Grund einer Prüfung dieser Methode erlaube ich mir nun in Folgendem die Gründe auseinanderzusetzen, welche mich veranlassten, dieselbe als unzulänglich zu verlassen, und mich für ein anderes Verfahren auf das wärmste auszusprechen. Zunächst liegt es auf der Hand und zeigt ein Versuch zu deutlich, dass die äussere Flächenentwickelung eines Gypsverbandes über den Thorax, wie ihn Beely anfertigt, auch bei möglichst gleichmässiger Application nimmermehr ein Modell des Oberkörpers darstellen kann. Ein solcher Versuch überzeugt einen stets und nur mit zu grosser Anschaulichkeit von wesentlichen Differenzen. Man dürfte hierbei höchstens auf eine ungefähre Wiedergabe der Körperformen rechnen; von einer genauen Adaption des vom Modell gewonnenen Kürass kann nicht die Rede sein, und gerade die grösstmögliche Genauigkeit in der Adaption ist das Wesentliche, wenn Immobilisation der Wirbelsäule erreicht werden soll. Wenn ferner schon beim poroplastischen durch Wärme erweichten Filze Aus- und Einschnitte in die Jacke zum genauen Anpassen an den Körper erforderlich waren, so ist Beely vollends in der Lage, elliptische Ausschnitte zu machen, um ein Anschmiegen des Filzes an das Modell zu ermöglichen, da er denselben ungetränkt um sein Modell legt. Hierbei verwerthet er aber eine der hervorragendsten Eigenschaften des Filzes gar nicht, seine Plasticität in getrocknetem Zustande. Durch die Ein- und Ausschnitte verliert aber der Filz selbstredend an Halt. Nach dem von mir eingeschlagenen Verfahren sind solche Ausschnitte nicht erforderlich, um auch bei den monströsesten Deformitäten eine vollkommen faltenlose Adaption des Filzes in das Modell, somit auch an den Körper zu erzielen. Dem Filze bei vollkommener Faltenlosigkeit äusserste Flächenkrümmungen zu geben, erfordert Manipulationen, wie sie weder an dem Patienten ausführbar, denn er würde sie nicht vertragen, noch auf einem von Beely angefertigten Gypsverbande, da er ungenau, uneben und zu wenig haltbar ist, sondern nur an einem soliden Gypsmodell.

Zunächst bediene ich mich eines Verfahrens, wie es auch zum Aufspannen der aus ursprünglich nassem Leder gefertigten Corsette zum Beispiel hier vom Bandagisten Quehl in Anwendung gezogen wird. Ich applicire einen leichten circulären Gypsverband auf den in Schwebe befindlichen Thorax, schneide ihn, solange er noch feucht ist, auf und verschliesse den Schnitt mittelst einer Gypsbinde. Dieser Verband bildet das Negativ, die Form des zu nehmenden Gypsabgusses. Nachdem dieses Negativ auf eine feste Unterlage gestellt und ein grosser Theil seines Innenraumes mittelst Holzklötzchen und dazu vorgebildeten Lehmformen ausgefüllt, wird der nachbleibende Raum mit Gyps ausgegossen. Hierbei erhält man ein vollkommen dem Thorax in allen Theilen entsprechendes Positiv. Wird der Gypsverband, der die Form bilden soll, mit recht feuchten Gypsbinden auf den blossen mit Oel abgeriebenen Körper applicirt, so erhält man ein, die kleinsten Prominenzen und Vertiefungen des deformen Thorax wiedergebendes Modell. Nimmt man verschiedenen Gyps, etwa zum Negativ etwas besseren und macht sich sogleich nach dem Erstarren des eingegossenen Gypses an das Entfernen der Form, so schält sich diese ohne Schwierigkeit ab. Ist man auf dieses Verfahren einmal eingerichtet, so kostet es geringe Zeit und Mühe und füllt man den Mittelraum der Form gründlich aus, nicht zu viel Material. So ist ein solider Gypsblock hergestellt, auf welchem nach Belieben der Filz modellirt werden kann. Jetzt wird weisser Schabrackenfilz ungefähr für den Gypsblock passend zugeschnitten, gründlich mit Schellacklösung getränkt, und damit er sich gleichmässig und rasch imprägnirt, mit einem Holzhammer bearbeitet. Will ich dem Filze eine bedeutendere Festigkeit und Härte geben, so setze ich ihn im schon getränkten Zustande eine kurze Zeit der Ofenwärme aus, wodurch sich der Spiritus verflüchtigt, und tränke ihn dann nochmals mit der Lösung.

Ein mehrfach so behandelter Filz erreicht eine Festigkeit, durch welche er nach dem Vorschlage von Schpoljansky (Wratsch 1880, № 8) zur Herstellung von künstlichen Gliedmaassen verwendbar wird. Der getränkte Filz wird jetzt dem Gypsmodelle adaptirt und durch kräftige massirende Manipulationen angeschmiegt. Er biegt sich bei kräftigem Druck und Zuge an seinen Rändern über jede Prominenz und legt sich jeder Vertiefung bei Vermeidung von Ein- und Ausschnitt faltenlos an. Die Jacke wird aus einem Stücke gearbeitet. Schneidet man das Filzstück etwas reichlicher zu und beginnt von hinten und der Stelle grösster Prominenz, bei Kyphose vom Gibbus her, kräftig den getränkten Filz gegen den Gypsblock durch streichende Bewegungen nach vorne anzulegen, so hat man nur die vorderen Ränder mehr und mehr über einander zu schlagen und dieselben über einander liegend mit einem Messer zu durchschneiden. Ebenso kann man den Filz reichlicher nehmen und die Ränder über einander fallen lassen Eine nasse Marlybinde befestigt den Filz an das Modell. In ein bis zwei Mal 24

Stunden, je nach stärkerer oder schwächerer Durchtränkung des Filzes, ist das Corsett am Modell erhärtet und wird abgenommen. War der Filz stark getränkt, bedarf es kaum eines weiteren Verfahrens. Ich habe mich indessen zur Genüge überzeugt, dass es nicht zu grosse Schwierigkeiten verursacht, nach dem Vorgange von Beely ein solches Corsett im Hospitale selbst ohne Beihülfe eines Handwerkers mit einigen Stahlschienen zu versehen. Hat man die Schienen fertig und ist man auf das Nieten derselben eingerichtet, so geht dieses ohne Schwierigkeiten, und wird eine gewohnte Arbeit der Verbandtechnik. 2 Lederstreifen mit Knopfösen oder Haken parallel zu einander auf dem Brusttheil angenäht, ermöglichen das Zusammenschnüren des Corsetts. Ich hatte wie gesagt bei Anfertigung dieser Apparate besonders die Spondylitis der unteren Brust und der Lendenwirbel im Auge. — Ich möchte es indess nicht unterlassen hinzuzufügen, dass eine passende Vorrichtung zur Extension am Kopfe, wie sie bei höher gelegenen Erkrankungen der Wirbelsäule erforderlich ist, an einem so gearbeiteten Filz-Panzer sich gut anbringen lässt.

Werden auch durch diese Corsette die Stahllederkürasse, wie sie hier vom Bandagisten Quel auf Gypsmodellen hergestellt werden, bei der grossen Dauerhaftigkeit derselben nicht entbehrlich gemacht, so ist doch auf diesem Wege ein abnehmbarer Apparat zur Immobilisation der Wirbelsäule hergestellt, der bei noch so trefflichen Eigenschaften des poroplastischen Filzes vor diesem seine leichtere Applicationsweise, da keine Eile nothwendig und Ausschnitte aus dem Materiale vermieden werden, vor Allem seine bedeutend grössere Billigkeit voraus hat. Letzteres bezieht sich erst vollends auf die Stahlledercorsette des Bandagisten. Es ist so bei einiger Technik im Hospitale ein Verfahren ermöglicht, die Schwierigkeiten der Sayre'schen Gypskürasse durch Anfertigung abnehmbarer Apparate zu meiden, mit deren Haltbarkeit, zumal wenn sie mit Längs- und Querschienen von Stahl versehen sind, man allen Grund hat zufrieden zu sein.

Ein Vorzug erwächst der Behandlung ferner aus dem Umstande, dass nachträglich durch Anfeuchten des Filzes derselbe aufs neue geformt, und wo er an Halt verloren, zu jeder Stärke wieder gebracht werden kann. Endlich ist es das schonendeste Verfahren für den Patienten, was bei Spondylitischen schwer ins Gewicht fällt. Ist Patient aus der schwebenden Lage befreit, so bedarf es nur noch einer Anprobe, bis ihm die fertige Jacke angelegt wird. — Es dürfte der poroplastische Filz bei der Schwierigkeit seiner Application kaum in allen Fällen von Spondylitis in Anwendung kommen. So führt Bergmann bei Gelegenheit der Demonstration eines kleinen scoliotischen Patienten an, dass die Jacke an ihm 8 Mal umgeformt wurde, bis sie zu seiner Zufriedenheit sass. — Wie verwendbar auch sonst der poroplastische Filz sein mag, — es gelingt durch das Arbeiten auf Gypsmodellen eine Orthopädie der Wirbelsäule auch in weiterem Maasse im Hospitale zu üben, ohne sich ausschliesslich an die Sayre'schen Gypspanzer zu halten, oder den bedeutenden Ansprüchen des Bandagisten genügen zu müssen.

Referate.

H. Nothnagel (Jena): Zur Klinik der Darmkrankheiten. I. Abtheilg. (Zeitschr. für klin. Medicin. III, 2.)

Verf. hat c. 800 menschliche Stühle einer genauen makro- und mikroskopischen Untersuchung unterworfen und hebt die Wichtigkeit derartiger Untersuchungen, welche allerdings nicht zu den Annehmlichkeiten des Lebens gehören, gegenüber der chemischen Analyse hervor, welche umständlicher und für praktische Zwecke weit weniger ergiebig ist.

In diesen Untersuchungen wird theils Altes und Bekanntes bestätigt oder erweitert, grossentheils aber auch Neues geboten.

Er bespricht:

1. Die Consistenz und Form der Dejectionen, wobei hervorgehoben wird, dass die sehr kleinen, an Schaafkoth erinnernden Skybala nicht mit Sicherheit auf eine Darmstenose hinweisen, sondern sich auch bei Erlahmung der Peristaltik des Colon in den ausgedehnten Haustris desselben bilden können.

2. Die Reaction, meist alkalisch, bei den Kinderdiarrhöen oft sauer, ist für die Praxis bedeutungslos.

3. Die Farbe rührt nicht von Gallenpigment her, da solches in normalen Stühlen nicht vorzukommen pflegt. Die gelbgrünen Stühle der Kinderenteritis dagegen, sowie auch die später zu besprechenden gefärbten Schleimpartikel in den Sedes Erwachsener geben oft eine schöne Reaction auf die Gmelin'sche Probe.

4. Die mikroskopisch in den Stühlen erkennbaren Salze und Krystalle sind:

a. neutraler phosphorsaurer Kalk, bedeutungslos.

b. Tripelphosphate; Verf. behauptet die vollständige diagnostische und pathologische Bedeutungslosigkeit derselben. In den Typhusstühlen kommen sie nicht öfter vor, als in normalen Dejectionen.

c. Gelbe Kalksalze; sie sind durch Gallenpigment gefärbt, die Säure derselben hat Verf. nicht festgestellt. Oxalsaure Kalkkrystalle hat N. nur ein einziges Mal gefunden, schwefelsauren Kalk gar nicht.

d. Cholestearin, mikroskopisch nur selten nachzuweisen, ist unwichtig.

e. Die s. g. «spindelförmigen Crystalle», welche von Charcot und Leyden im Sputum von Bronchialasthma, von Boettcher im Sperma nachgewiesen worden sind, sind in den Stühlen selten, und dann stets im Schleimantheil derselben vorhanden.

5. Bestandtheile der eingeführten Nahrung. Pathologisches Interesse bieten hier nur:

a. Das Amylum; das Vorkommen von Stärkekörnern in den Faeces ist auch bei reichlicher Brod- und Mehlnahrung stets nur spärlich. Ein massenhafteres Vorkommen hat N. einmal bei einem Typhusreconvalescenten gefunden — ein Fingerzeig für die Therapie. Jedes einigermaassen reichlichere Erscheinen von Stärkekörnern im Stuhl weist auf eine ungenügende Verdauung des Amylum hin.

b. Muskelfasern vom genossenen Fleisch werden viel öfter als die Stärkekörner unverdaut entleert, zum Beweise, dass bei Darmleiden das Amylum leichter verdaut wird, als das Fleisch.

c. Fett wird theils in Tropfenform, öfter aber in Nadeln und Büscheln ausgeschieden, wobei auch sehr grosse Mengen von Fett noch nicht pathologisch zu sein brauchen.

d. Milch wird oft in den aus der Kinderpraxis bekannten Käseklumpen ausgeschieden.

6. Schleim. Derselbe wird in makroskopisch bemerkbaren Spuren zuweilen auch von Gesunden ausgeschieden, doch steht dieses Verhalten schon an der Grenze des Pathologischen. Pathologisch wird Schleim beobachtet:

a. als Ueberzug harter Faecalballen.

b. in inniger Beimengung zu den Faeces, wo es dann in gröberen und feineren Klümpchen vorkommen kann, und manchmal erst mikroskopisch sichtbar wird, nichts desto weniger aber so massig ist, dass es dem Stuhl eine weichbreiige Consistenz verleiht.

c. In den bekannten Schleimstühlen bei Colitis.

d. Die s. g. Schleimcylinder hat N. nicht beobachtet.

e. Die «gekochten Sagokörnern» ähnlichen Gebilde, welche allgemein für Schleimklümpchen aus den exulcerirten Darmfollikeln gehalten wurden, sind, so weit N. sie beobachtet hat, stets vegetabilischen Ursprunges gewesen und stammten aus der Nahrung. Die Vermuthung ihres pflanzlichen Ursprunges ist übrigens auch schon von Virchow ausgesprochen worden; Verf. giebt jedoch zu, in der letzten Zeit keine epidemische Dysenterie beobachtet zu haben und behält sich deshalb seine definitive Entscheidung vor.

f. Oft dagegen hat N. die von ihm s. g. «gelben Schleimkörner» beobachtet. Sie sind durch Gallenfarbstoff gelb gefärbt und können in grossen Massen vorkommen. Ueber die klinische Bedeutung dieser bisher grossentheils unbekannten Formen und Mischungsverhältnisse des Schleims verspricht N. spätere Auskunft.

7. Cylinderepithelien von der Darmschleimhaut kommen vielfach zur Beobachtung und zwar theils noch ziemlich frisch, im schleimigen Antheil des Stuhles, theils im Zustande der Verschollung, d. h. hyalin, ohne Körnung des Inhaltes und ohne Kern; diese Veränderung führt N. auf Wasserverlust und Eintrocknung zurück. Die verschollten Epithelien liegen stets auf harten, alten Skybalis.

8. Rundzellen, wie sie beim schleimigeiterigen Secret der Bronchien so oft vorkommen, sind im Schleim der Stühle relativ selten,

wenn man von den eiterigen Stühlen bei Dysenterie und sonstigen Darmulcerationen absieht.

9. Blut. Es ist auffallend, dass auch in den relativ frischen Blutbeimengungen der Dejectionen sehr häufig die Blutkörperchen schon zerstört sind.

10. Thierische Parasiten. Eier von Taenien, Ascaris, Oxyuris und Trichocephalus sind häufig. Anchylostomum hat N. noch nicht gesehen, dagegen hat er oft eine noch nicht beschriebene Form von Monaden mit selbständiger Bewegung beobachtet, welche Aehnlichkeit mit Cercomonas (v. Lambl) hat. D—o.

Rud. Heerwagen: Ueber hysterischen Hypnotismus. Inaugural-Dissertation. Dorpat. 1881.)

Entstanden ist die Arbeit im allgemeinen Krankenhause zu Riga und die Beobachtungen sind gemacht worden an 5 hysterischen Kranken weiblichen Geschlechts. Im I., II. und V. Fall waren besonders ausgeprägt die Muskelerscheinungen; von der Muskelerschlaffung an bis zur stärksten tonischen Starre. Bei Erschlaffung der Muskulatur konnte auch durch Streichen von Neuem tonische Starre hervorgerufen werden. Im III. Fall traten ebenfalls spontan, neben Benommenheit des Bewusstseins das bekannte Nachsprechen auf. Im IV. Fall endlich war neben Lethargie und zeitweiliger Muskelstarre Hemianaesthesie vorhanden. Ganz besonders berücksichtigt der Autor in diesen Fällen die Ovarialhyperaesthesie und das präcise Aufhören aller Erscheinungen bei Druck auf die Ovarialgegend.

Konnte allerdings die Mehrzahl der Aerzte beim Auftauchen der Hypnotismusfrage nicht in Zweifel darüber sein, in welches Capitel der speciellen Pathologie die Erscheinungen des Hypnotismus zu verweisen seien, so besitzen wir doch in der deutschen Literatur kaum solche detaillirte Krankheitsgeschichten Hysterischer, die gerade die Aehnlichkeit, um nicht zu sagen Identität zwischen spontanen Anfällen und künstlichem Hypnotismus urgiren. Das Interessante und Dankenswerthe vorliegender Arbeit braucht nach Obigem nicht mehr ausdrücklich hervorgehoben zu werden. Tiling.

Prof. Albert: Ein Fall von angeborenem theilweisen Mangel der Tibia. (Allg. Wien. med. Z. № 27.)

Defecte der Knochen der unteren Extremitäten gehören zu den Raritäten. Zu den 4 bekannten Fällen (Billroth's, Pauly's und 2 Albert's) fügt Verf. nun einen 5. hinzu. In den bisher beschriebenen Fällen betraf der Defect ein Mal beide Unterschenkel, 3 Mal die rechte Tibia und auch im neuen Falle ist die Anomalie rechterseits.

Patientin ist ein 4 tägiges Mädchen.

Der normal gebildete Fuss steht in enormer Varusstellung, sodass der Fussrücken nach abwärts sieht. An der Innenseite des Unterschenkels ist ein kleiner nabelförmiger gerunzelter Hautwulst, unter welchem sich das untere Ende der Tibia durchfühlen lässt; es sind etwa zwei Drittheile derselben vorhanden, das untere Drittheil fehlt. Ferner bemerkt man am Unterschenkel eine Art Einschnürung, als sei die Gliedmaasse in utero durch irgend ein Gebilde strangulirt gewesen. — Die Bewegungen des Fusses sind kräftig.

Verf. macht darauf aufmerksam, dass man die Tibiadefecte auf Grund des vorhandenen Materiales ebenfalls (wie bei den Vorderarmknochen. Ref.) in totale und partielle eintheilen kann. P.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

E. Tauber: Die Anästhetica. (Eine Monographie mit besonderer Berücksichtigung von zwei neuen anästhetischen Mitteln.) Berlin 1881, Verlag von Aug. Hirschwald.

Mit einer historischen Einleitung beginnend, bespricht Verf. an der Hand des Thierexperiments die grosse Reihe der auf den thierischen Organismus anästhesirend wirkenden Körper, wobei auf die chemische Zusammensetzung und die Darstellungsweise derselben nur in aller Kürze, meist nur durch Aufstellung der chemischen Formeln eingegangen wird. Als die im Titel als neue bezeichneten Anästhetica ergeben sich das Monochloräthylidenchlorid = Methylchloroform und das Monochloräthylenchlorid, Körper, auf die wir im vorliegenden Blatte bereits hingewiesen haben. (cf. № 1, 1881.) Verfasser bespricht der Reihe nach die als Anästhetica bekannten Methyl-, Aethyl-, Propyl-, Butyl- und Amylverbindungen, dann die zusammengesetzten Aether und zum Schluss die aromatischen Verbindungen. Als Nachtrag ist dem Buche ein Literaturverzeichniss beigefügt. L.

W. Goldzieher: Therapie der Augenkrankheiten. Für prakt. Aerzte und Studirende. Verlag v. Ferd. Enke. 1881.

Im vorliegenden Buche bespricht Goldzieher in recht eingehender klarer Weise die Therapie der Krankheiten der Lider, der Conjunctiva, Sclera, Cornea, Iris, der Linse, des Glaskörpers, der Choroidea, der Netzhaut und des Sehnerven, immer die Pathologie und Symptomatologie der einzelnen Krankheitsbilder in Kürze vorausschickend. Die ophthalmologische Operationslehre nebst der Therapie der Refractions- und Accommodationsanomalien und der Motilitätsstörungen will Verf. in einem weiteren Bande bearbeiten.

Alle Behandlungsmethoden, die sich in neuester Zeit in die Ophthalmologie Eingang verschafft haben, alle neueren Medicamente, wie das Eserin, das Pilocarpin, das Duboisin und das Homatropin sind vom Verf. in entsprechender Weise berücksichtigt worden, so dass das Buch trotz seines bescheidenen Umfanges als ein recht vollständiges zu bezeichnen ist. Wir können genanntes Werk allen Fachgenossen auf's Wärmste empfehlen. L.

Rheindorf: Beobachtungen über Glaskörperrhexis bei Scleralextraction. (C. F. Winter. Leipzig und Heidelberg. 1881.)

Verf. plaidirt, um die das Sehvermögen eines an Staar durch Scleralextraction mit bestem Erfolge operirten Auges so häufig verschlechternden Nachstaare zu vermeiden, für die methodische Ausübung des Glaskörperstichs unmittelbar nach der Entfernung der Linse, und führt diesen nicht, wie es v. Hasner angegeben, durch Durchstechung der Fossa patellaris mit der Discissionsnadel aus, sondern indem er nach Entfernung des Sperrelevateurs die tellerförmige Grube mit einem Irishäkchen einreisst und Glaskörper in die vordere Kammer treten lässt. Dadurch sollen die im Pupillargebiet liegende Kapsel und die etwaig im Auge zurückgebliebenen Corticalreste aus dem Bereiche der Pupille fortgedrängt werden und somit keine Nachstaare bilden können. Dem bei oben angeführten Eingriffe etwaig folgenden Glaskörperverlust spricht Rh. nur in dem Falle direct schädlichen Einfluss auf's Auge zu, wenn derselbe so bedeutend war, dass der Bulbus stark collabirte. — Ausser dem oben angegebenen Vortheile, den Nachstaar umgehen zu können, vindicirt Verf. dem Glaskörperstich noch folgende wichtige Vorzüge. Erstens soll durch die Eröffnung des Glaskörperraumes eine Spannung und Zerrung des Ciliarkörpers mittelst Zonula und hinterer Kapsel, wie sie sonst bei Scleralextractionen unbedingt zu Stande kommen, meist verhütet werden. — Zweitens soll durch Glaskörperstich eine günstige Wirkung auf die Circulationsverhältnisse des Uvealtractus herbeigeführt werden; drittens liegt in der verhinderten oder wenigstens verminderten mechanischen Reizung der Iris durch die Kapsel und Corticalis, welche beide durch den in die vordere Kammer getretenen Glaskörper von dieser fortgedrängt sind, ein grosser Vortheil der Methode und schliesslich soll durch den in die vordere Kammer getretenen, die Kapsel und Corticalis bei Seite drängenden Glaskörper, im Falle es zu Iritis kommt, den Producten dieser der Boden zur weiteren Organisirung entzogen werden können. — Verf. hat in den letzten Jahren den Glaskörperstich mit der Scleralextraction in einer grossen Reihe von Fällen zur Ausführung gebracht und dabei immer besseres Sehvermögen und glattere Heilungen erzielt. L.

Russische medicinische Literatur.

№ 262. Wratsch. № 44.
Inhalt: a) N. Fenomenow: Ueber die Laparatomie bei extrauteriner Schwangerschaft. (Aus d. Klinik d. Prof. Horwitz).
b) G. Herzenstein: Materialien zu einer künftigen Geschichte der medicinischen Bildung in Russland. (Schluss).
c) S. Tyminski: Veränderung der Hautsensibilität und thermometrische Beobachtungen in einem Falle von Ichthyosis.
d) K. Schuppe: Ueber die patentirten Arzneimittel.
e) W. Orlow: Ein Fall von Urethrotomie.

№ 263. Wratschebnija Wedomosti. № 42.
Inhalt: a) M. Reich: Die Sehschärfe bei den Schülern und Schülerinnen in den Lehranstalten Russlands.
b) D. Tschechow: Ueber die Verpflegung der Geisteskranken. (Schluss.)

№ 264. Klinitscheskaja Gaseta № 31.
Inhalt: a) Prof. S. Botkin: Rede, gehalten in der Gesellsch. russischer Aerzte in St. Petersburg aus Anlass des Jubiläums Prof. Virchow's.
b) M. Perfiljew: Vulnus caesum genu dextri.
c) A. Bjelzow: Zur Pathologie und Therapie der praeperitonäalen Phlegmonen in der Regio hypogastrica propria.
d) A. Döppner: Materialien zur Geschichte der Wetljanka-Pest. (Forts.)

№ 265. Wojenno-Sanitarnoje Djelo № 27.
Inhalt: a) Noch einige Worte über das Lager in Bjeljany bei Warschau.
b) W. W.: Die letzte Woche auf dem Schipka-Passe. (Schluss.)

№ 266. Sdorowje. October-Heft № 4.
Inhalt: a) Perfiljew: Die Sterblichkeit in St. Petersburg i. J. 1880.
b) N. Schtscherbina: Die Raphanie-Epidemie in Kijew im December 1880. (Schluss.)
c) v. Noss: Zum Sanitätswesen der Eisenbahnzüge.
d) S. Wassiljew: Ueber die physische Entwickelung der Mädchen. (Schluss.)
e) Popow: Untersuchungen über die Epidemiologie und Aetiologie der Diphtheritis. (Forts.)
f) N. Peschtitsch: Ueber den Transport der Viehherden.

№ 267. **Arbeiten (Trudy) der Gesellschaft russischer Aerzte in St. Petersburg,** III. Lief. St. Pet. 1881, Beigefügt sind die Sitzungsprotocolle dieser Gesellschaft № 12—19 (v. 5. Febr.—7. Mai 1881.)

Inhalt: a) J. Grammatikati: Zur Pathologie des Abortes.
b) P. Dajajew: Ueber den Zahnstein.
c) M. Lawdowski. Ueber die bei der Wanderung der weissen Blutkörperchen beobachteten Erscheinungen und über die Bedeutung dieser Erscheinungen für die Frage nach der Emigration.
d) W. Drosdow: Project einer planmässigen Erforschung der kaukasischen Mineralquellen.
e) F. Pasternazki: Ueber Mischformen der Typhen.
f) N. Ssikorski: Ueber das Stottern.
g) W. Drosdow: Die Mineralquellen von Shelesnowodsk vom medicinischen Gesichtspunkte.
h) E. Pawlow: Zur Casuistik der Geschwülste des Schulterblattes mit Metastasen im Herzen.
i) G. Nikolajew: Ein Fall von angeborenem Herzfehler.
k) J. Kamyschew: Ueber die Behandlung cerebraler Hemiplegien.
l) Prof. P. Leshaft: Ueber die Lage des Magens und die Beziehungen seiner Form zur Function.
m) Derselbe: Ueber die Ursachen der Knochenformen.
n) N. Borchsenius: Ueber die Complication der Febris recurrens mit Scorbut.

№ 268. **Wojenno-Medicinski Journal.** September-Heft 1881.

Inhalt: a) Treskin: Behandlung der chron. Adeniten und die Bedeutung der Drüsenexstirpation bei derselben.
b) Sophie Bolbot: Ein Fall von einem bemerkenswerthen Aneurysma der Art. subclavia; Anwendung der Elektropunctur bei dieser.
c) K. Ssokolow: Ueber die Wirkung der comprimirten Luft auf Lungenkrankheiten.
d) Hassan-Bey-Mahmud (Cairo): Ueber das Dengue-Fieber.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— El medico y cirujano centro-americano. № 21.

— Medicinal-Kalender und Recept-Taschenbuch für die Aerzte des deutschen Reiches. Urban und Schwarzenberg. Wien u. Leipzig 1882.

— Die Manie von Dr. E. Mendel. Urban u. Schwarzenberg. Wien u. Leipzig 1881.

— Gerichtsärztliche Praxis. Vierzig gerichtsärztliche Gutachten erstattet von Prof. H. Friedberg. Mit einem Anhange: Ueber die Verletzung der Kopfschlagader bei Erhängten und Erdrosselten und über ein neues Zeichen des Erwürgungsversuches. — Urban u. Schwarzenberg. — Wien 1881.

— Lehrbuch der Physiologie des Menschen von Prof. L. Landois. 2. Hälfte. 2. Auflage. — Urban und Schwarzenberg. — Wien und Leipzig 1881.

— Anleitung zur Harnanalyse mit besonderer Berücksichtigung der klinischen Medicin, von Prof. W. F. Löbisch. 2. Aufl. — Urban und Schwarzenberg. — Wien 1881.

— Die Prophylaxis der übertragbaren Infectionskrankheiten von Dr. F. Presl. — Urban und Schwarzenberg. — Wien 1881.

— Leitfaden der Veterinärpolizei von Dr. Ant. Baranski. — Urban und Schwarzenberg. — Wien 1881.

— Real-Encyclopaedie der gesammten Heilkunde herausgegeben von Prof. Alb. Eulenburg. Bd. VI. Heft 51—60. u. Bd. VII. Heft 61—70. — Urban und Schwarzenberg. — Wien 1881.

— Annales de la société medico-chirurgicale de Liège. № 10.

— The medical bulletin. № 10.

— Meran von Dr. Th. Knauthe. — Urban und Schwarzenberg. — Wien und Leipzig 1881. (Sep.-Abdr. aus d. Real-Encyclopädie der gesammten Medicin von Eulenburg.)

— El observador medico. № 5.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 6. Mai 1881.

Dr. Berg stellt eine im 5. Monat schwangere Frau von 26 Jahren vor, an der er am 9. April c. eine Ovariotomie ausgeführt. Die monoloculäre Cyste war mannskopfgross, frei beweglich an dünnem Stiel in der rechten Seite des Leibes gelegen. — Die Operation wurde unter streng antiseptischen Cautelen mit nur zeitweilig angewandtem Spray gemacht; der Stiel versenkt. Nach 8 Tagen erster Verbandwechsel, prima intentio bis auf eine geringe durch allzu festes Anziehen einer Naht bedingte Hautnekrose, von ca. 1 Cm. Länge. — Am 4. Tage wehenartige Schmerzen, geringe Blutung e vagina. Die höchste Temperatur betrug 37,6. — Die Cyste, in welcher sich ein Büschel verfilzter Haare befand, enthelt ca. 1800 Cc. eines dunkel grau-braun gefärbten Fluidums. — Die Operation ist im hiesigen Stadt-Krankenhause vorgenommen und in Riga die erste mit glücklichem Ausgang.

Dr. Lange verliest seinen Vortrag über Pathogenie und Therapie der Krebse. Nach einer Schilderung der allen Krebsarten gemeinsamen anatomischen Merkmale, werden die verschiedenen Anschauungen der pathol. Anatomen über die histogenetischen Verhältnisse eingehend besprochen. Vortragender betont, wie schlimm es mit unserer Kenntniss über das Wesen der Krebse bestellt ist, und weist an der Hand von Beispielen die Wahrscheinlichkeit nach, dass eine gewisse noch unbekannte Beschaffenheit der Körpersäfte, welche die desmotischen Gewebe der Fähigkeit beraubt dem gegen sie andringenden Epithel Widerstand zu leisten, als innere Ursache der Entstehung des Carcinoms angesehen werden müsse, während traumatische Einflüsse nur als erster Anstoss zur Krebsentwickelung betrachtet werden können. Für die Anschauung, dass die Entwickelung der Krebse nur bei specifischer Alteration der constitutionellen Verhältnisse zu Stande komme, spreche ferner das negative Resultat von Impfungen und Injectionen krebsigen Materials, während vom Blut fortgerissene carcinom. Partikelchen zu secundären Knoten auswachsen. — Bei Besprechung der Therapie werden die Resultate operativer Behandlung unter Berücksichtigung statistischer Daten eingehend besprochen; Vortragender empfiehlt der Beachtung werth, die Injection von Essigsäure und von Wickersheimer Conservirungsflüssigkeit, die electrolytische Behandlung und schliesst mit einer Besprechung der Versuche Benecke's auf diätetischem Wege dem rapiden Wachsthum des Krebses Einhalt zu thun.

Sitzung am 2. September 1881.

Dr. Krannhals berichtet über einen morb. macul. Werlhofii. Ein Arbeiter, 19 a. n., erkrankt plötzlich, Ohnmacht, Fieber, Delirien. Milz stark vergrössert, Bronchialcatarrh, Temp. 39°, Abends 40°; Patient benommen. Tags darauf ist Patient freier, klagt über Kopfschmerzen. Die Temperaturen nehmen ab bis zum fünften Tage, täglich guter Stuhl, am fünften Tage profuser Schweiss. Lag es zuerst nah an Typhus zu denken, so wurde jetzt das Blut untersucht auf Spirillen; das Resultat ist negativ, nur die weissen Blutkörperchen sind vermehrt. — Am 7. und 8. Tage profuses Nasenbluten, am 9. Tage Patechien, livid, Linsen- und Hanfkorn gross über den ganzen Körper verbreitet, besonders an der Innenfläche der Oberschenkel; Schleimhäute frei. Patient sehr matt. Patient entzieht sich der Behandlung.

Dr. Kroeger hält die Erkrankung für eine Peliosis rheum. feb., die er häufig, wie auch die afebrile Form gesehen. Dr. Krannhals betont das Fehlen von Gelenkschmerzen und jeglicher oedemat. Anschwellung.

Dr. Hach berichtet über eine acute diffuse Peritonitis nach Einführung eines Laminariastiftes in den Cervicalkanal ut., letal endend in 7 Tagen. Pat., 31 a. n., anämisch, hatte 6 Wochen continuirlich ex utero Blutungen, die nicht übelriechend, von normaler Farbe, bald stärker bald schwächer. Schwangerschaft auszuschliessen, ut. derb, leicht antecurvatirt, Cervicalschleimhaut stark gewulstet, port. vag. schlaff. — Ruhe, Ergotin und Glycerin-Wattetampons ändern nichts. Laminariastift, der, obgleich die Sonde leicht hineingleitet, sich nicht durch d. os intern. führen lässt; er bleibt, um auf die Cervicalschleimhaut zu wirken 12—13 Stunden im Canal liegen; nach Entfernung ist der Canal glatt, keine Blutung, keine Schmerzen. — Abends leichte Schmerzen im Unterleib, Tags darauf Empfindlichkeit des Leibes, der gespannt; Abends Schüttelfrost, Temp. 40. Die Schüttelfröste wiederholen sich, mehrere Mal täglich, Erbrechen, Collaps; Exsudat in cav. abdom. Darauf Durchfälle mit Tenesmen, übelriechende, roth-bräunlich gefärbte Secretion e vagina. Tod. — Zum Waschen der Instrumente und Hände ist Carbolsäure nicht benutzt. Mit Krankheiten infectiösen Characters hat Referent in der Zeit nichts zu thun gehabt; trotzdem glaubt Referent eine perit. diffus. acut. septica annehmen zu müssen.

Dr. V. Schwartz referirt: nach Entfernung der Eihautreste, die nach einem Abort lange in ut. zurückgehalten, bekam eine blutarme Patientin eine bedeutende Parametritis, die in Eiterung überging. Im Begriff den Abscess vom Mastdarm aus zu spalten, platzte derselbe; reichlicher übelriechender Eiter entleert sich durch den Mastdarm. Ausspülung mit 1 % Carbolwasser; nach Verbrauch von ca. $^{1}/_{2}$ Stof, bei freiem Abfluss, collabirt Patientin, kalter Schweiss, Puls sehr klein, Patientin liegt regungslos, nur mit dem rechten Arm macht sie Bewegungen, die in Adduction und Hypersupination bestehen; Pupillen normal gross, reagiren auf Lichtreiz. Patientin völlig bleich, liegt ca. $1^{1}/_{2}$ Stunden in comatösem Zustande, erwacht darauf ohne zu wissen was geschehen. — Dr. Hampeln herbeigerufen, zweifelt nicht an einer Carbolsäure-Intoxication; Ref. wohl, da im Ganzen, bei vollkommen freiem Abfluss nur ca. 7—10 Gran verbraucht sein können und die Erscheinung ca. 5 Minuten nach Beginn der Irrigation eintrat. — Der Harn, 2 Mal in Pausen von einigen Stunden mit dem Katheter entfernt, frei von Carbolsäure.

Dr. Hach hält überhaupt eine Intoxication unter den geschilderten Verhältnissen für unmöglich, Carbolwasser und der Eiter entleerten sich reichlich aus der Abscesshöhle, und ist die Erscheinung wohl dadurch zu erklären, dass durch plötzliches Sinken des intraabdominellen Drucks eine acute Unterleibsplethora entstanden, welche

eine acute Gehirnanämie zur Folge hatte. Dr. Carblom theilt die Ansicht, den anämischen Zustand der Kranken berücksichtigend.

Secretair F. Hach.

Tagesereignisse.

— Dr. Ssubbotin und Dr. Nagorski haben sich als Privatdocenten bei der militär-medicinischen Academie habilitirt, ersterer für Chirurgie, der letztern für Hygieine.—

— Dr. Lipski ist zum Docenten für Kinderkrankheiten an der Kijewschen Universität gewählt worden.

— Wie die Wratschebnija Wedomosti erfahren, beabsichtigt der hiesige ärztliche Verein «Wratschebnaja Obschtschina» in nächster Zeit hieselbst auf Wassilij-Ostrow eine Heilanstalt mit beständigen Betten und einer Ambulanz zu eröffnen. Dieselbe wird in einer Gegend liegen, die weit entfernt von allen Hospitälern, dabei aber reich an Fabriken ist

— Die feierliche Enthüllung der Büste des verst. Prof. Rudnew in der militär-medicinisechn Academie ist auf den 15. November verschoben worden. Die Reden bei dieser Gelegenheit werden die Proff. Sawarykin und Iwanowski halten.

— In Paris ist wiederum eine der ältesten französischen Celebritäten, Prof. Bouillaud im Alter von 85 Jahre gestorben. Aus der Zahl seiner hervorragenden Arbeiten heben wir hier nur seine Schriften über die Localisation der Sprache im Gehirn, über Gelenkrheumatismus und Herzkrankheiten hervor.

— In Veranlassung seines 25-j. Jubiläums ist Prof. Rud. Virchow vom allg. Verein St. Pet. Aerzte zum Ehrenmitgliede erwählt worden.

— Am 1. November c. fand die feierliche Einweihung des neuen Geschäftlocals des hiesigen grossen Droguengeschäftes der Firma «Stoll & Schmidt», welche nicht nur in ganz Russland, sondern auch über die Grenzen desselben hinaus eines wohlverdienten guten Rufes sich erfreut, statt. An die Einweihungs-Ceremonie schloss sich ein opulentes Festmahl, an welchem eine ausgewählte Gesellschaft, — wohl an 500 Personen, darunter eine ansehnliche Zahl von Aerzten — Theil nahm.

Miscellen.

— Die deutsche med. Wochenschrift bringt eine interessante Notiz über die Liquidationen der Aerzte, welche den Präsidenten Garfield behandelten. Dr. Bliss und seine Collegen, die täglich um den Patienten waren, haben pro Tag 100 Dollars, die von ihnen consultirten Dr. Hamilton und Agnew pro Tag 1000 Dollars liquidirt. Canadia Lancet erklärt, dass jeder hervorragende Advocat in einem wichtigen Regierungsprocesse ebenso liquidirt haben würde. Sie hofft, dass kein amerikanischer Arzt seine Collegen beneiden, sondern alle sich freuen werden, dass die Dienste des Arztes auch in materieller Beziehung gerechte Ansprüche erheben können.

— Die «Allg. med. C.-Ztg.» bringt eine der Londoner «Saint James Gazette» entlehnte interessante Notiz über die vor Kurzem gestiftete Universität in Jeddo, welche bekanntlich auch tüchtige medicinische Kräfte aus Deutschland bezogen hat. Die japanesische Regierung hatte gefunden, dass es zu kostspielig sei, japanesische Studenten nach Europa zu schicken und zugleich darauf hingewiesen, dass diese jungen Leute daselbst aller Aufsicht ermangelten. Sie beschloss daher, in Japan selbst eine Universität zu gründen und deutsche, englische und französische Lehrer zu gewinnen, welche, ein Jeder in seiner Landessprache, Unterricht ertheilen und Vorlesungen halten sollten. Man scheint nun zu der Ansicht gelangt zu sein, dass dies zu viel Sprachen zu gleicher Zeit gebe. Oder haben sich die deutschen Professoren geeigneter erwiesen? Wie sich dies auch verhalte, die Regierung schickte die Engländer und Franzosen zurück, und heutigen Tages sind alle Professoren an der Universität in Jeddo nur Deutsche. Die Universität zählt jetzt über 1000 Studenten, welche jedoch zu den Universitätsstudien nur zugelassen werden, nachdem sie 6 Jahre das deutsche Gymnasium in Jeddo besucht haben. Die Professoren beziehen ein Gehalt von 24,000 Frcs jährlich, haben eine Amtswohnung mit Garten, auch werden ihnen die Reisekosten hin und zurück von der Regierung vergütet.

— Dr. Spills vom Philadelphia-Hospital behandelt den im Verlaufe von Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten nicht selten auftretenden *Decubitus* mit bestem Erfolge in der Weise, dass er eine Silberplatte auf das Geschwür und eine mit der ersteren durch einen Draht verbundene, mit befeuchtetem Sämischleder überzogene Zinkplatte auf die gesunde Haut einige Zoll von der Silberplatte entfernt applicirt; zuweilen braucht er einen sehr schwachen galvanischen Strom, dessen negativer Pol mit der Silberplatte, dessen positiver Pol mit der Zinkplatte verbunden ist, die Application währt täglich 5—10 Minuten und soll ganz vorzügliche Resultate ergeben haben; diese Anwendungsmethode der Elektricität ist ebenfalls sehr nützlich, um die Granulirung von Wundflächen zu befördern.

(New-York Medical Record, May 17. 1879.)

Personal-Nachrichten.

Amtliche.

— *Ernannt*: Staatsrath Monkewitz, ausseretatm. Arzt des St. Petersburger Findelhauses — zum Kreisarzt des Kreises Pljussy dieses Findelhauses, und Dr. med. Dobrshelinski, Arzt des St. Vincenz-Hospitals zu Pultusk — zum Kreisarzt von Pultusk.

— *Enthoben*: Wirklicher Staatsrath Dr. med. Ukke — auf eigenes Gesuch seiner Stellung als Inspector der Medicinal-Abtheilung der Gouvernementsverwaltung von Ssamara, und Col.-Rath von Landesen — auf eigenes Gesuch seiner Stellung als Arzt beim Postcomptoir des Gouvernements Twer.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 1. November 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	707	250	957
Alexander- «	447	150	597
Kalinkin- «	—	464	464
Peter-Paul- «	264	133	397
St. Marien-Magdalenen-Hospital	166	73	239
Marien-Hospital	293	242	535
Ausserstädtisches Hospital	220	130	350
Roshdestwensky-Hospital	47	36	83
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	352	161	513
4 zeitw. Hospitäler	462	137	599
Ausschlags-Hospital	6	10	16
Summa der Civilhospitäler	2964	1786	4750
Nikolai-Kinder-Hospital	34	54	88
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	61	72	133
Elisabeth-Kinder-Hospital	29	35	64
Summa der Kinderhospitäler	124	161	285
Nicolai-Militär-Hospital	439	24	463
Ssemenow'sches Militär-Hospital	205	—	205
Kalinkin-Marine-Hospital	266	—	266
Gesammt-Summa	3998	1971	5969

Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	892	218	1110
Scarlatina	11	17	28
Variola	5	10	15
Venerische Krankheiten	629	461	1090

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 25. October bis 1. November 1881 besucht von 2267 Kranken, darunter zum ersten Mal von 938.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs

für die Woche vom 18. bis 24. Oktober 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 524 Todtgeborene 26). — Mortalität 40,6 p. M.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
287	237	524	93	26	75	16	13	11	65	54	60	40	36	18	7	10

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 4, Typh. abd. 19, Febris recurrens 12, Typhus ohne Bestimmung der Form 3, Pocken 6, Masern 0, Scharlach 15, Diphtheritis 11, Croup 6, Keuchhusten 4, Puerperalkrankheiten 5, Dysenterie 2, Thiergift 1, andere Infectionskrankheiten 5.

— Gehirnapoplexie 16, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 24, andere Gehirnkrankheiten 16, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 20, acute Entzündung d. Athmungsorgane 64, Lungenschwindsucht 93, andere Krankheiten der Brusthöhle 14, Gastrointestinal-Krankheiten 66, andere Krankheiten der Bauchhöhle 20, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 29, Marasmus senilis 18, Cachexia 20.

— Tod durch Zufall 12, Selbstmord 3. Mord 2.

— Andere Ursachen 14.

Nächste Sitzung d. deutschen ärztlichen Vereins, Montag den 16. November 1881.

Nächste Sitzung des allgem. Vereins St. Petersburger Aerzte, Dienstag den 10. November 1881.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 6 Ноября 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh., Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

ST. PETERSBURGER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg,
Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 46. St. Petersburg, 14. (26.) November. 1881.

Erläuterungen zu Dehio's „Ueber die Wirkungen des Pilocarpin bei Diphtheritis" [1].

Von

Dr. Georg Guttmann

in Constadt o./S.

Das von mir als Heilmittel gegen Diphtheritis empfohlene Pilocarpinum muriaticum [2] hat Dehio in St. Petersburg in einer ganzen Reihe von Fällen erprobt und damit *oft so unverkennbare und energische Heilerfolge bei Rachendiphtherie erzielt, wie sie bisher kein anderes Mittel bei dieser Krankheit aufzuweisen hat* [3]. Trotzdem glaube ich nur noch zu unbedingterer Aufnahme dieses Heilmittels gegen jene Krankheit wesentlich beizutragen, wenn ich mir erlaube, die kleinen aber nicht unwichtigen Bedenken hiermit zu erörtern, welche sich mir bei Durchlesung des Artikels von Dehio aufdrängten, und zugleich nachzuweisen, dass derartige Heilerfolge mit Pilocarpin bei *Rachendiphtherie* nicht nur *oft*, sondern *stets sicher* erzielt werden, wenn ihre *tödtlichen* Folgen nicht bereits zu weit vorgeschritten sind, dass damit aber auch ebensolche bei *Laryngitis diphtheritica* sehr *oft* und selbst noch bei der *septischen Form* der Diphtherie *bisweilen* erreicht werden, wie bisher niemals durch die verschiedenartigste *innere* oder *locale* Behandlung.

Die von Dehio verabreichten Einzelgaben sind zu hoch, selbst in 2-stündlichen Zwischenräumen, es stellen sich dabei unvermeidlich die unangenehmen und schädlichen Nebenwirkungen des Pilocarpin ein, in Folge dessen dasselbe ausgesetzt werden muss, die dadurch unterbrochene Behandlung zieht sich in die Länge, die Rachenaffection nimmt von Neuem zu, der Erfolg wird unsicher, die bis zu völliger Genesung nöthigen kleineren Dosen können kaum noch eine Wirkung ausüben und die einfache, bequeme und einheitliche Heilmethode kann nicht zu Ende geführt, vielmehr muss der völligen Rachenreinigung wegen, um alles Krankhafte zu entfernen, zu anderen Mitteln zurückgegriffen werden, wie es Dehio that. Dazu kommt, — und das ist eine Hauptsache, — dass durch jene unvermeidlichen üblen Folgen, die fast in allen Dehio'schen Fällen zu Tage traten, die allermeisten Aerzte von weiteren Versuchen sich abhalten lassen, über die sonst sichere Wirkung des Pilocarpin irrige Anschauungen gewinnen, welche sich der allgemeinen Aufnahme dieser Heilmethode hindernd entgegenstellen und dieselbe lange Zeit verzögern. Denn welcher zweite Arzt hätte wohl die bewunderungswerthe, für die Kranken ja gewiss sehr erspriessliche Ausdauer, das Medicament, welches wegen bei seiner Anwendung auftretenden heftigen Erbrechens und beginnenden Collapses mehrmals hatte ausgesetzt werden müssen, immer wieder von Neuem zu versuchen, bis die verlangte und erwartete Besserung klar zu Tage tritt. Diese grossen Dosen sind aber durchaus nicht erforderlich, da sie durch die, allerdings schneller angeregte und reichlichere Speichelsecretion die Heilung nicht nur nicht beschleunigen, dieselbe vielmehr der erwähnten Uebelstände wegen noch verzögern und die Kranken sogar erst gefährden; dies ist *in keiner Weise* bei meiner Methode der Fall, die ohne derartige unangenehme Zwischenfälle ihre völlig sichere, gleichmässige Wirkung thut. Darum ist auch Dehio selbst schon in letzter Zeit darauf zurückgekommen und kann ich nicht eindringlich genug anrathen, genau nach meinen Angaben zu verfahren, welche ich in meinen Abhandlungen [1] detaillirt, und eine kleine Modification für Laryngitis diphtheritica, Croup und Pseudocroup hinzugefügt habe, weil nur dann Erfolge zu erzielen sind, wie sie besonders Schwabe [2] und ich, für meine Person erreicht haben.

Ich selbst hatte ja in den ersten Fällen meiner Versuchsreihe Dosen von 4, 5 und 7 Milligr. in 2-stündlichen Pausen

[1] St. Petersburger medicin. Wochenschrift 1881, № 19, 20, 21.

[2] Berliner Klinische Wochenschr. 1880, № 40 und Breslauer ärztliche Zeitschrift 1881, № 8 und 9.

[3] l. c.

[1] l. c.

[2] Bresl. ärztl. Zeitschr. 1881, № 9.

angewandt, da es mir anfänglich zunächst darauf ankam, durch *innerliche* Darreichung von Pilocarpin, — *die vorher überhaupt noch nie versucht worden war,* — Speichelfluss zu erregen, und zwar einen möglichst bedeutenden, um das mir vorschwebende Ziel, (der Grundgedanke der mich zu dem Versuch bewogen hatte) ganz sicher zu erreichen, nämlich durch den vermehrten Speichel die Beläge und Infiltrate der Diphtherie aus Mund- und Rachenhöhle zu entfernen und die Krankheit selbst zu heilen. Nachdem mir dies in der That gelungen war, wie ich es am a. O. geschildert habe, handelte es sich für mich dann darum, die durchschnittlichen Mengen und das Zeitmass für ihre Darreichung *genau* zu bestimmen, mit welchen derselbe Zweck *ebenso sicher* erfüllt würde, *um eine vollständig abgeschlossene, rationelle, sichere und zugleich ungefährliche Heilmethode der Rachenbräune* zu begründen.

Dabei fand ich nun, dass, — *Grundbedingung ist natürlich ein wirksames Präparat* — bei *innerer* Verabfolgung von 0,0012 bis 0,0025 Grm. Pilocarpin in *ein*stündlichen Zwischenräumen, (bei längeren Pausen ist der Erfolg durchaus unsicher,) ausnahmslos die *specifische* Wirkung des Pilocarpin auf die Speichel- und Schleimdrüsen der Mund- und Rachenhöhle erreicht wird, welche sich nicht grade immer als eine auffallend starke Salivation, sondern häufig nur als eine mehr weniger vermehrte Speichelabsonderung documentirt, dass durch diese vermehrte Flüssigkeitsanregung in den genannten Organen die *specifischen* Krankheitsstoffe der Diphtheritis aus denselben entfernt und deren Producte: Exsudat, Infiltrat und überhaupt die ganzen Entzündungserscheinungen beseitigt werden, wenn die Verabfolgung des Medicaments, je nach der Hartnäckigkeit der Affection, längere Zeit, selbst mehrere Tage lang ohne Unterbrechung geschieht, — dass dadurch die Diphtherie selbst geheilt, und also durch Pilocarpin eine *specifische* Einwirkung auf diese Krankheit ausgeübt wird. Auch traten bei dieser Art der Anwendung kaum jemals üble Nebenwirkungen ein, vorausgesetzt, dass zugleich Excitantien angewendet werden [1]; *darum ist die innere Anwendungsweise stets der subcutanen vorzuziehen*, zur Erreichung des Zweckes auch allein erforderlich. Der Zusatz von Pepsin ist nicht gerade nothwendig, doch halte ich es für ein gutes Unterstützungsmittel, besonders schwindet dabei der dicke Zungenbelag sehr rasch.

Ich gebe also jetzt für gewöhnlich: Kindern *durchschnittlich* 3 Centigrammes pro die., (*ganz* kleinen, unter 1—2 Jahren nur 2 Cgr.), Erwachsenen 4,5 Cgr. und steigere die Dosis allmählig um 0,5 bis 1 Cgr., wenn innerhalb 24 Stunden keine auffallende Besserung eintritt, reiche die Theildosen *ganz* regelmässig jede Stunde, nachdem ich, wie oben erwähnt, gefunden habe, dass selbst nach bereits begonnener Abstossung des Krankhaften bei 2—3-stündlichen Pausen der Belag sich wieder über grössere Strecken verbreitet, bei öfterer Unterbrechung der Heilung der ganze Process sich also nicht nur bedeutend in die Länge ziehen, sondern der Erfolg oft ganz ausbleiben muss. Bei dieser regelmässig Tag und Nacht, *ununterbrochen* mehrere Tage lang, je nach Bedarf, fortgesetzten Behandlungsweise, — nach Verbrauch wird die Arznei sofort immer wieder erneuert, — stellte sich stets eine *anhaltende*, meist nicht übermässige Speichelsecretion ein, bei welcher die Heilung ganz stetig, bis zu völliger Reinigung der Rachenhöhle vorschritt. Schweisssecretion war dabei meist sehr gering und fehlte oft ganz, ein sehr wünschenswerther Factor, da sie auf den Krankheitsprocess gar keinen Einfluss ausübt, sondern nur die Körperkräfte in unliebsamer Weise consumiren hilft. Erbrechen trat bei Einzelnen in leichter Weise auf, liess aber stets wieder von selbst nach, *ohne dass Pilocarpin ausgesetzt wurde*; Collaps habe ich hierbei niemals und überhaupt nur ein einziges Mal bei einem Croupkranken Kinde nach subcutaner Injection beobachtet; es war dies auch ein geheilter Fall, den ich an einer anderen Stelle noch ausführlich zu beschreiben beabsichtige.

Unter den von mir nach dieser meiner Heilmethode allein, — *jede andere Behandlungsweise nebenbei mit Gurgelwässern, Pinselungen und Inhalationen erübrigt sich vollständig*, — behandelten 109 Diphtheritischen starb ein siebenjähriges Mädchen, welches erst, bereits dem Erstickungstode nahe, in meine Behandlung kam; alle Uebrigen genasen. Bei letzterem bestand schon seit 8 Tagen heftige ausgedehnteste Rachen-, seit 3 Tagen aber auch Kehlkopfdiphtherie, mit vollständiger Larynxstenose; ich fand die Kranke aufrecht im Bett sich mit beiden Armen aufstützend, in hochgradiger Dyspnöe, fast Apnöe, das livide, cyanotische Gesicht und die Extremitäten kühl, Lippen und Fingernägel bläulich, Körper mit kaltem, klebrigem Schweiss bedeckt, Puls kaum fühlbar, trotzdem Tod erst nach 24 Stunden und vor demselben fand ich sogar noch die vorher mit diphtheritischem Belage völlig austapezierte Rachenhöhle zur Hälfte gereinigt.

Das sind also die Thatsachen, gegen welche der einzige, wissenschaftlich begründete Gegenbeweis darin bestehen kann, dass nachgewiesen wird: Es sei *bei einer grösseren Anzahl* von Diphtheritischen ein wirksames Pilocarpinpräparat, (erprobt durch subcutane Anwendung und die dabei beobachtete Speichel- und Schweisssecretion), *innerlich, genau* nach der oben erwähnten Methode, *tagelang*, je nach der Heftigkeit und Hartnäckigkeit der Affektion, in Verbindung mit Excitantien verabfolgt, dadurch sei *keine* vermehrte Speichel- und Schleimabsonderung der Mund- und Rachenhöhle erzielt, durch diese auch die diphtheritischen Infiltrate und Beläge der Rachenhöhle nicht nur *nicht* allmälig verringert und schliesslich vollständig beseitigt worden, vielmehr habe sich womöglich der Process noch weiter verbreitet und fortentwickelt, endlich seien dabei Collaps und andere schädliche Nebenwirkungen des Pilocarpin so heftig aufgetreten, dass sie nicht zu beseitigen gewesen wären und desshalb von weiterer Anwendung des Medicaments hätte Abstand genommen werden müssen. Endlich ist der Nachweis erforderlich, dass Pilocarpin auch frühzeitig genug, mindestens doch bald im Beginn der ärztlichen Behandlung, in Anwendung gebracht worden sei, nicht aber erst als ultimum refugium, wie es viele Aerzte thun, welche, nachdem sie alle möglichen Mittel vergeblich angewandt haben, schliesslich bei bereits eingetretenem Collaps, bei beginnender Herz- oder Lungenparalyse oder im asphyktischen Stadium der Larynxdiphtherie ihr Heil im Pilocarpin versuchen, wenn dem Kranken schon «der Tod auf der Zunge sitzt», wie man zu sagen pflegt.

Alle sonstigen Einwände, wie solche bereits von einzelnen Seiten erhoben wurden, können, soweit sie dieser wissenschaftlichen und thatsächlichen Begründung entbehren, nur als unerwiesene Behauptungen und leere Redensarten impo-

[1] Berliner Klinische Wochenschrift 1880 № 40, pag. 571.

niren und vermögen nicht den unersetzlichen Werth jenes Heilmittels gegen *Rachenbräune*, als solche herabzusetzen, sondern höchstens die allgemeinste Verbreitung und Anwendung desselben zu verzögern. Schon eine stattliche Reihe von Aerzten, welche diese Heilmethode der Rachendiphtherie genau nach meinen Vorschriften anwandten, bestätigen deren specische Wirksamkeit rückhaltlos; die Mehrzahl derselben habe ich bereits in meiner Abhandlung [1] namentlich angeführt als: Schubert — Nürnberg, Lax — Schöllkrippen, A. Wolberg — Lodz, Louis Wolberg — Warschau, Paculły — Ratibor, Marquardt — Konstanz, Prof. Demme — Bern, Schwabe — Apolda, Letzterer allein mit 68 Fällen, davon 67 geheilt; diesen schliessen sich neuerdings nun auch an: Dehio — St. Petersburg [2], Warschauer — Krakau [3], Conr. Küster — Berlin [4], Kleist — Berlin [4] und Graber — Carlsruhe [5].

Was nun die *Laryngitis diphtheritica* anbelangt, so hat die Anwendung meiner Heilmethode gegen Rachendiphtherie vor *allen* bisher bekannten Behandlungsweisen den einen und wichtigsten Vorzug, der von den vorerwähnten Collegen, soviel darüber Erfahrung haben, übereinstimmend bestätigt wird, dass bei derselben *in keinem Falle eine Fortleitung der Rachenaffection auf den Kehlkopf* stattfindet; viele von ihnen haben aber auch, sowie ich selbst, in den allermeisten Fällen, wo bereits bei Beginn der ärztlichen Behandlung der Larynx mit ergriffen war, mit Pilocarpin vollständige und schnelle Heilerfolge erzielt, so Schwabe [6], Wolberg [6], Marquardt [6], Graber [6]. Meine eigenen Erfolge hierbei waren noch viel sicherer, seit ich die in meiner Abhandlung [7] vorgeschlagene kleine Modification der Heilmethode in Anwendung zog, nämlich der Pilocarpinlösung: Elixir. e succ. Glycyrrhiz. hinzufügte oder im Nothfall bei bereits hochgradiger Larynxstenose der inneren Darreichung dieser Mixtur eine subcutane Injection von 0,01 Pilocarpin vorangehen liess. Die Tracheotomie, — bisher das einzige und letzte und im Ganzen doch wenig sichere Mittel bei dieser Affection, — ist niemals nothwendig gewesen und hätte in dem einen von mir angeführten, tödtlich verlaufenden Fall, sicher so wenig, wie in den 5 Fällen von Dehio, den letalen Ausgang verhindern können; der Marquardt'sche [8] Fall dagegen, in welchem eine Pilocarpininjection den Krankheitsprocess coupirte, nachdem von den Angehörigen die dringend indicirte, nicht länger aufschiebbare Tracheotomie verweigert worden war, spricht deutlich für meine, in Folge dessen, für Larynxdiphtherie, Croup und Pseudocroup abgeänderte Methode; damit wäre möglicher Weise bei Fall 4 und 5 Dehio's der Erfolg *ohne* Tracheotomie ein glücklicherer, in seinen 4 geheilten Fällen, aber sicher ein auffälligerer gewesen. Dass übrigens Pilocarpin auf die Luftwege die gleiche specifische Einwirkung ausübt, wie auf die Schleimhaut der Rachenhöhle ist klar, da es bei einfacher katarrhalischer sowohl, als bei diphtheritischer Laryngitis und Larynxcroup feuchtes Trachealrasseln hervorruft. Wo trotz desselben der Process weiterschreitet oder nach den tieferen Theilen hinabsteigt sind diese Misserfolge nur den mechanischen Verhältnissen des Kehlkopfs zuzuschreiben; um diese zu überwinden, fehlte in solchen Fällen eben eine für die Heilwirkung des Medicaments nothwendige Bedingung, wie Demme [1] mit Recht hervorhebt «dass nämlich der allgemeine Kräftezustand des Individuums, speciell die Energie der Innervation seiner Athmungsorgane noch gross genug sei, um die unter der Pilocarpinwirkung reichlicher abgesonderten und verflüssigten Secrete (scil. die losgelösten Pseudomembranen!) aus den Athmungsorganen herauszubefördern»? Zur Anregung dieser Energie nun setze ich gerade Liquor. Ammon. anis. oder Elixir e succ. Glycyrrh. dem Pilocarpin hinzu. Jedenfalls steht auch hier Pilocarpin allen anderen Mitteln voran, als ein bequem zu handhabendes und zuverlässiger als die übrigen dagegen empfohlenen Medicamente wirkendes Heilmittel [2], wenn auch nach einzelnen Beobachtungen aus dem genannten Grunde die Wirkung allerdings unsicherer ist, als bei der Rachenbräune; zur Ueberwindung des mechanischen Hindernisses giebt es aber überhaupt kein Medicament; das einzige *Hülfsmittel* um die zur Expectoration der durch das *Pilocarpin* gelösten und gelockerten diphtheritischen Beläge und Infiltrate der Trachea und des Larynx, mangelnde Kraft und Innervationsenergie zu ersetzen und ihnen einen Weg nach aussen zu eröffnen, wäre im äussersten Fall die Tracheotomie.

Auf den *septischen* Verlauf der Rachendiphtherie dagegen kann Pilocarpin selbstredend eine *specifische* Einwirkung nicht ausüben, wie ich bereits an anderen Orten ausdrücklich hervorhob [3], — so wenig wie ein directes *Heil*mittel der Septicämie überhaupt bisher gefunden ist, welche der verschiedenen Ursachen ihr auch zu Grunde liegen mag, — da es weder die ins Blut aufgenommenen Stoffe zu zerstören noch auch dieselben direkt aus dem Kreislauf zu entfernen vermag, (nach Demme [4] vernichtet Pilocarpin *nicht* die diphtheritischen Mikrokokken). Was indess hierbei grade Pilocarpin noch leistet, welchen wesentlichen Nutzen es noch bei beginnender septischer Infection durch die Art seiner Wirkung bringt, ist einleuchtend, indem durch dieselbe die diphtheritischen Kokken und die bereits gesetzten Krankheitsproducte aus der Rachenhöhle leicht, schnell und sicher entfernt werden, ein weiteres Umsichgreifen des Krankheitsprocesses und Vermehrung der septischen Stoffe verhindert, der ferneren Invasion und Aufnahme derselben in die Blutbahn Einhalt gethan und somit auch die Ursache neuer putrider Infection aufgehoben wird. Durch frühzeitige Anwendung meiner Heilmethode bei Diphtherie des Rachens wird daher *zunächst* die septische Intoxication *stets* verhütet, die bereits *begonnene* aber *unterbrochen*, so dass der Organismus oft noch im Stande ist die septischen Substanzen auszuscheiden; bei längerer Einwirkung der Sepsis und rapidem Verlauf ist sie selbstverständlich ebenso

[1] Breslauer ärztl. Zeitschrift 1881, № 8 und 9.
[2] St. Petersburger med. Wochenschrift 1881, № 19, 20 und 21.
[3] Archiv für Kinderheilkunde, Band II. «Eine Scarlatina-Hausepidemie von V. J. Warschauer in Krakau.
[4] Berliner Klinische Wochenschrift 1881, № 32 und 33.
[5] Privatschreiben vom Verf.
[6] l. c.
[7] Breslauer ärztl. Zeitschrift 1881, № 8 und 9.
[8] Breslauer ärztl. Zeitschrift 1881, № 9.

[1] Jahrbuch für Kinderheilkunde N. F. XVI, pag. 378.
[2] Dasselbe schrieb mir kürzlich Paculły — Ratibor.
[3] Breslauer ärztl. Zeitschrift 1881 № 8, pag. 89.
[4] l. c., pag. 381.

nutzlos zur Verhütung des letalen Ausganges, wie jedes andere Medicament. Unter den 108 geheilten Fällen der 109 von mir mit Pilocarpin behandelten Diphtheritiden befanden sich 4 mit den Erscheinungen einer bereits hochgradig entwickelten und noch mehrere mit drohender Septicämie, welche sämmtlich in wenigen Tagen bei Anwendung jenes Mittels, in Verbindung mit Chinin und Alcoholicis, genasen. Natürlich aber ist gerade in solchen Fällen *von Anfang* ganz energisch, auf's Genauste und ohne die geringste Abänderung nach meinen Vorschriften zu verfahren, selbst 2-stündliche Pausen, wie in Dehio's letzten 9 Fällen sind z. B. unzulässig, da dabei der Erfolg, wie ich mich unzweifelhaft überzeugt habe, durchaus unsicher wird und ein so rapider Verlauf, wie bei septischen Processen, das *schleunigste*, *energischeste* und *sicherste* Verfahren erheischt. Zum Belege dafür, wie nachtheilig selbst eine kurze Unterbrechung der Pilocarpinbehandlung wirkt, dient folgender Fall, den ich erst kürzlich beobachtete. Schwere, typhöse Rachendiphtherie mit hohem Fieber, Mund-, Rachen- und Nasenhöhle dicht mit diphtheritischen Membranen belegt, *beginnende Kehlkopfdiphtherie*, bei dem 7-jährigen Knaben Schikorra, Behandlung streng nach meinen Instructionen, in 3 Tagen fast völlige Reinigung bis auf 2 etwa 5-pfennigstückgrosse Stellen der rechten Pharynxwand, darauf von den Angehörigen 3—4 Stunden des Nachts das Heilverfahren ausgesetzt und sofort fand ich am nächsten Morgen die ganze rechte Hälfte der Rachenhöhle wieder voll, durch nunmehr *ununterbrochene* strenge Fortführung meiner Vorschriften, in weiteren 2 Tagen völlige Heilung.

Ich mache also folgende Schlussfolgerungen:

Pilocarpin innerlich in Dosen von 0,0012—0,0025 Grm. regelmässig und ununterbrochen **ein***stündlich Tag und Nacht gereicht, — grössere Dosen sind wegen der unvermeidlich damit verbundenen üblen Nebenwirkungen irrationell, längere Zwischenpausen machen den Erfolg illusorisch, — bringt die ihm eigenthümliche* **specifische** *Wirkung auf die Speichel- und Schleimdrüsen der Mund- und Rachenhöhle, eine vermehrte Flüssigkeitsabsonderung, hervor;*

durch diese werden die **specifischen** *Erscheinungen der Rachendiphtherie, die diphtheritischen Beläge und Infiltrate der Rachenhöhle entfernt nnd bei frühzeitiger, tagelang bis zu völliger Reinigung der Rachenhöhle fortgesetzter Anwendung auch die Rachenbräune selbst* **stets** *sicher geheilt, es bewährt sich demnach Pilocarpin als ein* **specifisches** *Heilmittel gegen diese Krankheit, nur müssen dabei stets, zur Verhütung der schädlichen Nebenwirkungen, in ebenso kurzen Zwischenräumen, entsprechende Mengen feurigen Weins oder Cognac verabfolgt werden.*

Nur thatsächlich begründete Einwände, dass tagelange Versuche, genau nach dieser Vorschrift, an einer grösseren Anzahl von Fällen, mit einem wirksamen Pilocarpinpräparat gemacht, keinen Speichelfluss und keine Abnahme der Beläge erzielt hätten, *sind* **allein** *der Beachtung und einer ev. Besprechung werth.*

Auch bei Laryngitis diphtheritica werden damit Heilerfolge erzielt, wie mit keinem anderen Mittel, besonders wenn der Pilocarpinlösung Elixir e succ. Glycyrrh. zugesetzt und, bei bereits bestehender Larynxstenose, eine subcutane Injektion von 0,01 Pilocarpin vorausgeschickt wird; bei fehlender Expectorationskraft und Innervationsenergie könnte noch die Tracheotomie die mechanischen Hindernisse des Kehlkopfes überwinden.

Bei septischem Verlauf der Rachendiphtherie endlich wirkt es gleichfalls noch sehr günstig durch die **sichere** *Beseitigung der die septische Intoxication bedingenden Stoffe aus der Rachenhöhle.*

Ueber Attribute der Mechanik in ihrer Beziehung zur Heilkunde.

Von

Dr. Higginbotham.

(Vorgetragen im Verein deutscher Aerzte zu St. Petersburg, den 2. November 1881.)

In dem letzten Decennium hat, als *Heilmittel*, die rein mechanische Kunst ganz enorme Fortschritte gemacht. Ich erlaube mir die Herren auf die beiden Hauptfactoren der *Heilmechanik* aufmerksam zu machen, nämlich auf *Gymnastik* und *Orthopädie*. Beide Methoden bieten in Bezug auf die Ziele, welche sie im Auge haben, bestimmte Analogien dar; denn es bedienen sich beide, um Heilung zu gewinnen, der *Spannkraft*, diese durch das Gummiband, jene durch die Dampfmaschine; beide Kräfte sind vollkommen dem Willen und der Hand des Meisters unterworfen, welcher nach Belieben mit grosser Leichtigkeit Verstärkung oder Mässigung anzuwenden vermag.

Dagegen finden wir auch Unterscheidungsmerkmale bei beiden mechanischen Heilapparaten. Ziehen wir als Beispiel die *Scoliose* in Betracht, ein Leiden welchem, beiläufig gesagt, fast jedes junge Mädchen anheimfällt. Nicht übertrieben ist die Behauptung mancher Beobachter, dass, in Folge des gegenwärtig sogar für die weibliche Jugend allgemein eingeführten obligatorischen Schulunterrichts, und der Ueberanstrengung beim Lernen, insbesondere aber in Folge der gewohnten Unachtsamkeit bei sitzender Arbeit, «*ein Mädchen mit vollkommen normalem Wuchs kaum mehr anzutreffen sei*». — Also — sucht die Gymnastik Scoliotische durch passive per Dampf geleitete Körperübungen der schwächeren Muskelgruppen zu heilen; die Orthopädie dagegen richtet ihr Augenmerk direct auf das Skelett und bedient sich des kräftigen Zuges der Gummiriemen.

Ob durch passive Gymnastik und Massage das Ziel mit vollendetem Erfolge erreicht wird, ist noch eine offene Frage; jedenfalls erfordert die gymnastische Kur eine Monate ja Jahre lange Frist, und gewaltige Ausdauer sowohl von Seiten des leidenden als auch des behandelnden Theiles. Hier in Petersburg bleibt es Aufgabe des Directors des medico-gymnastischen Institutes den Bericht über die Erfolge daselbst abzufassen und zu veröffentlichen. In jüngster Zeit aber ist der Erfolg namentlich bei der Scoliose durch die Heilmechanik der Orthopädie ein so glänzender gewesen, dass diese vor der gymnastischen Heilmethode wohl den Vorzug verdient.

Nach dieser kleinen Einleitung sei es mir erlaubt, als Beleg der eben ausgesprochenen Behauptung, ein Wort über die orthopädische Heilmechanik, wie diese im *orthopädischen Institut zu Göggingen* ausgeübt wird, folgen zu

burg, am 21. September, also nach 9-wöchentlicher Behandlung stand der Kopf gerade aufrecht; die Achsendrehung war verschwunden, der Halswirbel und der obere Brustwirbel waren in ihre normale Position getreten; nur der 6. Brustwirbel wich noch um $1^1/_2$ Ctm. von der Medianlinie ab. Angekleidet erschien das Fräulein normal gebaut. — Ihr Körper hatte in den 9 Wochen an Gewicht um $4^1/_2$ Pfd. und an Wachsthum um 5 Ctm. zugenommen.

Auf die Mittheilung eines so glänzenden Resultats von Seiten Hessing's stimmten alle Anwesenden, es waren wohl 50 Aerzte, darunter hervorragende Professoren der Medicin, laut und stürmisch dem Vorsitzenden der pädiatrischen Section, dem Prof. Demme aus Bern bei, welcher sowohl die Genialität der Erfindung als die mustergültige Ausführung der Apparate pries. — Diese Ovation vom 21. September wird veranlassen, dass Hessing's Methode und Apparate, welche bis jetzt hauptsächlich von Laien gelobt und gepriesen worden, auch in weiteren fachmännischen Kreisen bekannt werden.

Gibt uns die Krankengeschichte des Fräulein S. schon ein Bild von der vollständigen Metamorphose, die in 9 kurzen Wochen ihres Lebens, ihr Körper durchgemacht, wobei die Anämie eher einer Hyperämie Platz gegeben und der aussetzende Herz- und Pulsschlag dem rhythmischen; von Dyspnöe war nicht das Geringste zu merken, und Patientin so flink, dass sie beim Bergsteigen kaum einzuholen war — so ist die Wandlung, welche in ihrem seelischen Leben sich vollzog, noch staunenswerther. Sie ist heiter und fröhlich geworden, ganz besonders in der freudigen Aussicht von ihren Eltern nicht wiedererkannt zu werden. Aus brieflicher Mittheilung kommt mir die Nachricht zu, dass Fräulein S. auf der Dilettantenbühne in der Anstalt in Göggingen in einem Lustspiel ihre Rolle mit vollendetem Erfolge gegeben hat. Kurz, sie kehrt als neugeborenes Wesen heim, voll Dankbarkeit für den Erfolg ihrer Kur.

Aehnliche gelungene Kuren sind in ansehnlicher Zahl, während der letzten neun Jahre in der Gögginger Heilanstalt protokollirt, vorzufinden; doch verdienen die beiden angeführten Fälle desshalb besondere Beachtung, weil sie von Seiten der Congressmitglieder zu Salzburg volle Anerkennung fanden.

Friedrich Hessing, eines Bauern Sohn, und ursprünglich simpler Handwerker, entpuppte sich *selbständig* als Genie!

Der bekannte Ausspruch Pirogow's, dass Aufklärung weder verachtet noch zurückgewiesen werden darf, «und wenn sie vom Teufel selber käme», muss für uns Aerzte Gesetzeskraft haben — und mag bei obiger Gelegenheit Anspruch auf Berechtigung finden.

Referate.

M. Wosnessenski: Materialien zur Pharmakologie des benzoësauren Natrons. (Russ. Inaug.-Diss. Moskau 1881. 83 S.)

Wenn sich auch die von Rokitansky behufs vollkommener Heilung der Lungenphthise auf das Natr. benz. gesetzten Hoffnungen nicht bewahrheitet haben, so glaubt Klebs doch noch bis jetzt, dass dieses Salz vermöge seiner antiseptischen Eigenschaften in vielen Fällen die Tuberkelentwickelung verhindern oder wenigstens das Umsichgreifen des Prozesses aufhalten, verlangsamen werde; — diese Vermuthung und der Umstand, dass Senator das Natr. benz. als Antirheumaticum recht wirksam gefunden hat, bestimmten den Verf. das, in wissenschaftlicher Beziehung immer noch nicht genügend untersuchte, in praktischer aber sehr verschieden beurtheilte Mittel einer genauen Prüfung hinsichtlich seines Einflusses auf das Herz, die Respiration und Temperatur des Menschen, so wie seiner Wirkung auf warm- und kaltblütige Thiere zu unterwerfen.

W's. Experimente ergaben Folgendes: das benzoësaure Natron gehört unstreitig zu derselben pharmakologischen Gruppe wie das salicylsaure Natron; das erstere verhält sich aber indifferenter zu den Herzganglien als das letztere und zieht weniger leicht Collapserscheinungen nach sich; die Beziehungen des Respirationsapparates zum Vagus treten unter dem Gebrauch des Natr. salicyl. ebenfalls lebhafter hervor als beim N. benzoïcum; hinsichtlich der Körpertemperatur sind beide Säuren, resp. ihre Salze, völlig identische Antipyretica, welche, kraft ihres Verhältnisses zum centralen und peripheren Gefässsystem, vorwiegend durch Beeinflussung der Wärmeabgabe wirken. Verf. glaubt (indem er noch anführt, wie Buchholz die antiseptischen Eigenschaften der benzoësauren Salze höher stellt als die der salicylsauren), dass in der Praxis beide Säuren bis zu einem gewissen Grade unter gleichen Umständen Verwendung finden dürften und dabei nicht zu vergessen wäre, dass die Benzoësäure bei fieberhaften und septischen Prozessen die weniger gefährliche ist. Bei Behandlung der Diphtherie und des Rheumatismus (eigene Erfahrungen liegen übrigens nicht vor) wird das Acid. benzoïcum dem Acid. salicylicum kaum vorzuziehen sein und als Mittel gegen die Lungenschwindsucht leistete es nichts, wie Verf. an zwei Fällen aus seiner Praxis zeigt.

Bannista: Einiges über Farbenblindheit. (Journ. of nervous and mental diseases 1881 № 1 pp. 49—63.)

Verf. kommt, auf eingehender Selbstbeobachtung fussend, zu folgenden Schlüssen:

1) Die partielle und unvollständige Farbenblindheit ist oft in einem functionellen Defect der höheren, dem Sehen vorstehenden Centren begründet; zuweilen besteht eine Verlangsamung in der Perception von gewissen Farben, welchem Mangel durch einige Aufmerksamkeit und geistige Anstrengung abgeholfen werden kann.

2) Da diese Form von Farbenblindheit eine seelische ist und durch Anstrengung überwunden werden kann, so liegt die Möglichkeit, sie durch Uebung und Erziehung zu modificiren, eventuell zu heilen, nahe.

3) Die Holmgren'schen Wollproben weisen sehr scharf selbst kleine Defecte des Farbensinns nach, lassen diese aber grösser erscheinen, als sie wirklich sind; desshalb muss eine Controle durch andere, sicherere Proben ausgeübt werden (Donders' Probe mit Flammen, welche durch verschieden grosse Oeffnungen und verschieden gefärbte Medien beschaut werden.)

(B. scheint die Pflüger'schen Farbentafeln nicht zu kennen. Ref.) Hz.

Fehleisen: Untersuchungen über Erysipel. (Aus den Sitzungsberichten der Würzburger Phys.-med. Gesellschaft. 1881.)

Mikrokokken sind in erysipelatöser Haut längst nachgewiesen worden, aber von mancher Seite noch für einen mehr zufälligen Befund erklärt worden. Verf. untersuchte nun mikroskopisch die Haut eines Pat., der an Erysipelas migrans litt, wo vorhandene Mikrokokken nicht auf bestehende septische oder pyämische Infection zurückgeführt werden konnten. Die Lymphgefässe der oberflächlichen Schicht des Corium waren mit Massen von Mikrokokken erfüllt, in den Lymphgefässen der tieferen Schicht waren sie weniger zahlreich, im subcutanen Bindegewebe fand Verf. fast gar keine Mikrokokken. An Stellen der grössten Anhäufung sassen die Kokken auch ausserhalb der Lymphgefässe zwischen den Fasern des Corium, in Blutgefässen hat Verf. nie Bacterien gesehen. Die Bacterien kommen nur in einer schmalen Zone am Rande des fortschreitenden Erysipels vor, nicht in dem ganzen Gebiet der Hautröthe; wo die Haut schon länger erkrankt ist oder gar schon abgeblasst ist, existiren keine Kokken mehr, dagegen erstrecken sich einzelne Züge von Bacterien bis 1. Cent. in die noch nicht geröthete Haut. Um die erkrankten, resp. mit Bacterien gefüllten Lymphgefässe ist kleinzellige Infiltration, welch' letztere in abblassenden Partien oft stärker ist als in der Randzone. Die Mikrokokken bilden in der Regel Ketten von 6—12 Gliedern und sind c. 0,4. Mikromill. gross. Letztere beiden Eigenschaften sind aber auch ihre einzigen morphologischen Characteristica. Diese, sowie ihre Eigenthümlichkeit, dass sie in den Blutgefässen nicht vorkommen, lassen sie immerhin von einigen anderen Mikrokokken-Arten unschwer unterscheiden. T.

W. M. Baker: Ueber die chirurgische Behandlung von Nierenleiden. (The Britisch med. Journ. № 1083.)

Auf dem internationalen Congress in London machte B. Mittheilung über folgende 3 Fälle: 1) Bei einem 7-jährigen Kinde machte er wegen Hydronephrose einen Einschnitt, in welchen er ein Drain einlegte und erst nach einiger Zeit erweiterte er den Schnitt und exstirpirte die Niere. Die Wunde verheilte, jedoch erwies sich auch die andere Niere als krank. — 2) Bei einem 16-jährigen Knaben machte Verf. wegen einer enorm vergrösserten, beweglichen Niere in der Lendengegend eine Incision, worauf sich 30 Unzen eitrigen Urins entleerten. Darauf Drainage und guter Verlauf. 3) Eine

43-jährige schwächliche Frau zeigte purulenten Harn und Schwellung in der rechten Nierengegend, Verf. punctirte und entleerte Eiter. 3 Wochen später wurde eine Incision in der Lumbarregion gemacht und aus der Niere ein vielarmiger Calculus mit Schwierigkeit und nachfolgender Haemorrhagie entfernt. Patientin starb nach 3 Tagen.

Während der nachfolgenden Discussion legte A. E. Barker besonderes Gewicht auf möglichst frühe bestimmte Diagnose und auf frühes operatives Eingreifen. Behufs Diagnose empfiehlt er exploratorische Incisionen in die Nierengegend und Einstiche. P.

v. Bergmann: Ueber Behandlung des angeborenen Klumpfusses. (Separatabdr. aus den Sitzungsberichten der Würzburger Phys.-med. Gesellschaft. 1881.)

Im Hinblick darauf, dass eine erfolgreiche, conservative Therapie des angeborenen Klumpfusses nur in den Jahren des Wachsthums möglich ist und dass die Therapie um so wirksamer, je lebhafter das Knochenwachsthum ist, welches letztere im ersten Lebensjahre am bedeutendsten ist, beginnt B. die Behandlung des gen. Leidens möglichst früh; bei Kindern, die gute Pflege haben, schon im zweiten Lebensmonat. Der von B. in Anwendung gebrachte Verband ist von Wahl angegeben worden: Es wird ein 3 Cent. breiter Heftpflasterstreifen auf dem Fussrücken einen Cent. vom äusseren Fussrande befestigt, um den inneren Fussrand herum über die Sohle weg, welche auf ein mit Pflaster bestrichenes Brettchen geklebt ist, am Unterschenkel bis über das Knie hinauf geführt und so das Füsschen in richtiger Stellung fixirt. Hierauf wird eine Flanellbinde bis über das Knie angelegt und über diese an der äusseren Fläche des Beins eine 3. Cent. breite Pappschiene, welche ebenfalls von der Fusssohle bis über das Knie reicht. Diese Schiene wird dadurch in ihrer Lage festgehalten, dass man das freie Ende des nach obengeführten Heftpflasterstreifens über dieselbe zurückschlägt und auf derselben wieder zur Fusssohle zurückführt. Dabei sieht die bestrichene Seite des Heftpflasters nach aussen und giebt durch ihre Klebrigkeit der nun schliesslich über das ganze gelegten Flanellbinde unverrückbaren Halt. So gut der Verband auch unmittelbar nach der Anlegung anliegt, in einiger Zeit lockert er sich und muss daher alle 8 oder 14 Tage gewechselt werden. Ist längeres Liegenbleiben des Verbandes erwünscht, so legt man noch über diesen complicirten Verband einen mit Watte unterpolsterten Tripolithverband.

B. verbindet in Chloroformnarcose. Für kaum weniger empfehlenswerth hält B. den von Voigt in Vorschlag gebrachten Verband aus Schienen von poroplastischem Filz. Ist das Kind so weit gebracht, dass es mit der Fusssohle den Boden berührt und hat es das Alter erreicht, in dem es gehen müsste, so geht man zu einem Apparat über, der das Gehen gestattet. Letzterer muss folgende drei Forderungen erfüllen: 1) der Apparat muss das Kind wirklich auf die Fusssohle und nicht auf den äusseren Fussrand auftreten lassen. Zuweilen muss dazu eine am inneren Fussrande etwas höhere Korksohle eingelegt werden.

2) Müssen die Gelenke frei gelassen sein, wie beim Scarpa'schen Pantoffel, der auch aus poroplastischem Filz gemacht sein kann und 3) muss der Apparat die bei Kindern mit Klumpfuss gewöhnliche Rotation nach innen im Hüftgelenk bekämpfen. Dieses geschieht, indem die an der Aussenseite des Beins verlaufende articulirte Schiene so mit dem Beckengurt verbunden wird, dass sie weiter nach hinten als die horizontale Beckenachse liegt. Für die Nacht tritt an die Stelle dieses Apparates ein Schienenverband aus poroplastischem Filz. Ausserdem ist es praktisch, um der Rotation nach innen entgegen zu wirken, dass man die Beine parallel lagert und in dieser Stellung einwickelt.

Ist das Knochenwachsthum des Pat. schon abgeschlossen, so kann durch keinen Apparat mehr geholfen werden und es muss die neuerdings öfters angewandte Keilexcision aus dem Knochen des Mittelfusses gemacht werden. T.

v. Bergmann: Ueber Scoliosen-Verbände. (Aus den Sitzungsberichten der Würzburger physik.-med. Gesellschaft. 1881.)

Da den Sayre'schen Gypscorsets, trotz ihrer grossen Vorzüge gegenüber den früher gebrauchten portativen Apparaten, noch vielerlei Mängel anhaften, wie ihre Inamovibilität, ihre Schwere, ihre Ausschliessung jeder Gymnastik, ihre schwierige Anlegung, so hat B. sie neuerdings ersetzt durch die Cocking'schen Jacken aus poroplastischem Filz. Erhärtender Filz ist schon lange bekannt und gebraucht, der Cocking'sche erhärtet aber sehr schnell, in wenig Minuten, wenn er in 80—90° heisser Luft erweicht ist, ist sehr leicht, fest und elastisch. B. benutzt englisches Fabrikat, das das beste, aber auch noch ziemlich theuer ist, denn eine Jacke kommt auf ca. 30 Mark. Fertige Jacken aus Fabriken zu kaufen, empfiehlt B. nicht, solche werfen doch leicht Falten, die lästigen Druck verursachen, desshalb räth B. sie lieber selbst nach dem Körper in hängender Stellung (Glisson'sche Schlinge) zuzuschneiden und dann den Jacken im Groben die Form zu geben, indem man sie vorräthigen Modellen aus Kupfer, mit heissem Wasser gefüllt, adaptirt und dann erst so vorbereitet dem in der Glisson'schen Schlinge hängenden Patienten schnell anschmiegt. Der Körper des Pat. muss mit Vaselin bestrichen und mit einer Tricot-Jacke bekleidet sein. Man bedarf zum Anpassen an den Körper mehrerer Gehilfen, da der Filz in wenigen Minuten erhärtet. Die allgemeinen Vorschriften zur Anlegung der Jacke sind natürlich dieselben wie beim Sayre-schen Corset, sie muss dem Körper überall genau anliegen, hat ihren Stützpunkt auf dem Becken und reicht bis unter die Achseln. Auf der Seite der Einbiegung des Thorax wird ein Wattepolster eingelegt, das nach Erhärtung der Jacke entfernt wird, um dem Thorax nach dieser Seite freie Bewegung zu geben, während die andere Seite durch die anliegende Jacke an Bewegung gehindert wird. Die zugeschnittene Jacke wird von hinten her angelegt und während der Filz nun von allen Seiten her an den Körper angedrückt wird, wird zugleich die an den vorderen freien Rändern der Jacke angebrachte Schnürvorrichtung festgezogen. Zur besseren Anschmiegung in der Taille ohne Faltenbildung, sind hier einige Ausschnitte gemacht. Solch' eine Cocking'sche Jacke kann ohne sie zu schädigen abgenommen werden; das geschieht, indem man sie aufschnürt, von hinten her fassend, die vorderen Ränder auseinander zieht, sie um 90 Grad nach der einen oder anderen Seite dreht und dann die Jacke über den Leib und den anderen Arm nach der Seite hin abzieht. Dabei bricht der Rückentheil der Jacke nicht. So können also Gymnastik, Bäder etc. beliebig oft gebraucht und Reparaturen der Jacke vorgenommen werden, falls letztere nicht mehr passt.

Auch für die Kyphose empfiehlt B. diese Filz-Jacken, nur spricht er sich hier entschieden dafür aus, dass bei der Kyphose die Rückenlage in Rauchfass'scher Schwebe oder Glisson'scher Schlinge je nach dem erkrankten Abschnitt der Wirbelsäule, das souveräne Heilmittel ist, die portativen Apparate eigentlich erst in Frage kommen, wenn es sich darum handelt, die sonst geheilten Patienten vor den Schädlichkeiten des Druckes der Wirbel auf einander noch einige Zeit zu schützen. T.

Russische medicinische Literatur.

№ 269. Wratsch. № 45.

Inhalt: a) N. Weljaminow: 21 Fälle von Unterbindung der Art. carotis communis. (Aus der chirurg. Klinik des Prof. C. Reyher.)
b) D. Ssemtschenko: Anwendung der Faradisation in zwei Fällen von Kniegelenkwassersucht.
c) J. Lwow: Zur Aetiologie der Placenta praevia.
d) M. Ssaweljew: Ein hysterischer Anfall, unterbrochen durch Druck auf das linke Ovarium.
e) G. Rein: Notizen über die antiseptische Wundbehandlung. (Schluss.)
f) S. Tyminski: Veränderung der Hautsensibilität und thermometrische Beobachtungen in einem Falle von Ichthyosis. (Schluss.)

№ 270. Klinitscheskaja Gaseta № 32.

Inhalt: a) P. Welishaninow: Zur Diagnostik des Aneurysma aortae ascendentis. (Aus der Klinik des Prof. Botkin.)
b) A. Lebedew: Die Aufgabe des Geburtshelfers bei mit Carcinom des Gebärmutterhalses complicirten Geburten. (Aus der Klinik des Prof. Slawjanski.)

№ 271. Wratschebnija Wedomosti. № 43.

Inhalt: a) M. Reich: Die Sehschärfe in den Lehranstalten Russlands. (Forts.)
b) H. Rodsewitsch: Ueber den Eintritt der Geschlechtsreife und Geburten in sehr spätem Alter.
c) N. Keldysch: 1) Emphysematöser Abscess, 2) Traumatisches Aneurysma der Art. axillaris.

№ 272. Wojenno-Sanitarnoje Djelo № 28.

Inhalt: a) Ab-ski: Der Sanitätszustand der Truppen im Kaukasus während des I. Quartals 1881. (Schluss.)
b) A. Rasbirajew: Bemerkungen betreffend die Rekrutenaushebung.

№ 273. Tageblatt der Gesellschaft Kasanscher Aerzte. 1881, № 14.

Inhalt: a) N. Winogradow: Ein Fall von spasmodischem Zustande der Muskeln.
b) M. Chomjakow und N. Rotowschtschikow: Ueber die Entstehung der Athmungsgeräusche. (Schluss.)
c) W. Semblinow: Aneurysma der Aorta abdominalis.
d) J. Drosdow: Epidemischer Scorbut.

№ 274. Tageblatt der Gesellschaft Kasanscher Aerzte. 1881, № 15.

Inhalt: a) J. Drosdow: Epidemischer Scorbut. (Schluss.)
b) A. Dochmann: Ein Fall von langdauernder Koprostase.
c) D. Ssemtschenko: 2 Fälle von Aphasie.

№ 275. Tageblatt der Gesellschaft Kasanscher Aerzte.

Inhalt: a) N. Winogradow: Ueber Albuminurie.
b) P. Kusnezki: Zur Casuistik der Hysterotomien.
c) W. Semblinow: Aneurysma der Aorta abdominalis. (Schluss.)

lassen, welches denn als *Apologie* für die Behandlung gelten mag.

Zweck folgender Mittheilung ist eben über den Fortschritt zu berichten, welchen Herr Hessing seit meinem Aufenthalte als Patient, im Jahre 1872, in seiner orthopädischen Heilanstalt in Göggingen bei Augsburg, mit seinen Apparaten gemacht hat. Unzählige durch *Scoliosen* und *Contracturen* Verwachsene haben seitdem bei ihm Aufnahme gefunden, und als glücklich Geheilte seine Anstalt verlassen. In diesem Jahre ist Herr Hessing besonders erfolgreich gewesen in der Vollendung seiner Kuren, wovon ich durch meinen Besuch in Göggingen durch persönliche Anschauung mich zu überzeugen Gelegenheit hatte. — Es kann ohne Uebertreibung die Behauptung aufgestellt werden, dass Hessing durch seinen neuen *Schienen-Hülsen-Apparat* und sein *elastisches Corset* Heilung in Wochen erzielt, welche früher Jahre erforderten; — und Tage statt Wochen.

Die Hauptsache für den Erfolg, sowohl für Scoliosen nach *oben*, als für Contracturen der Extremitäten nach *unten*, besteht in dem Beschaffen einer vollkommen unbeweglichen Basis zu diesen Operationen; und diese ist für Scoliosen gefunden, indem er das Becken mit starkem, zugleich aber feinem und leichtem Stahl und festem Leder so umklammert, dass mannigfache Bewegungen des Körpers vorgenommen werden können, ohne im Geringsten auf jene Basis in ihrer starren Position zu influenziren. Somit erhält Patient ein zweites Becken, um das Doppelte an Festigkeit und Stärke das natürliche Becken überwiegend.

Auf einem genau dem Bau des betreffenden Patienten entsprechend angefertigten Modell aus Holz wird ein Handbreiter Ledergurt, der das Kreuzbein und den oberen Theil der Glutäen deckt, angepasst. Gummibänder erhalten diesen Gurt in seiner Lage durch Umfassen eines oder auch beider Schenkel. Ein feiner Stahlring legt sich genau an die Crista ilei an, und gibt dem ganzen Apparat eine vollkommen unbewegliche, sichere Haltung. An diesen Ring nun, wird bei Verkrümmung des Rückens eine schmale Schiene aus Stahl befestigt, die unter der Achselhöhle mit einem halbmondförmigen Polster endet, und die beliebig durch feine Schrauben verlängert werden kann. Bei Verkrümmung der Wirbelsäule, *durch Drehung um ihre Achse*, kommen starke 3 Fingerbreite Gummiriemen zur Anwendung, welche, in das Zeug des Corsets eingenäht, von der Schulter, oder auch tiefer nach unten, bis zur Crista der entgegengesetzten Seite reichen, und, durch Knöpfen an den Ring, fester oder loser angezogen werden können, und zwar so, dass der Kranke in keinem Falle belästigt werden darf. Das Corset muss ohne Unterbrechung, bei Tag und bei Nacht, am Körper behalten werden; und wird nur, falls Massage oder Bäder nothwendig werden, während der Massage oder des Bades abgenommen; bei gymnastischen Uebungen ist das Abnehmen aber nicht nothwendig.

Ebenso dient ein Ring als Basis für *Extensionen der unteren Extremitäten*, mit dem Unterschiede: dass das durch Stahl verstärkte Lederwerk nur die *eine* Hälfte des Beckens, auf der betreffenden *kranken* Seite, deckt; während die gesunde nur einen Lederriemen erhält. Es ist unglaublich mit welchem Grad von Kraft, bei seinem relativ geringen Gewicht, und mit welcher Sicherheit, der Apparat, bei gehöriger Geschicklichkeit, gehandhabt werden kann. Als Beweis dafür mag folgendes Beispiel dienen:

Hessing's Schienen-Hülsenverband ist so stark, dass er bei Knochenfracturen der unteren Extremität, sogar bei complicirten, mit glänzendem Erfolg angewandt worden ist, wobei der Kranke frei umhergeht, ohne im Geringsten die Callusbildung und schliessliche Heilung zu beeinträchtigen. Einen eclatanten Fall bietet ein athletisch gebauter Maurergeselle dar, welcher eine einfache Fractur des Femur im oberen Drittel sich zugezogen. Mit dem Hessing'schen Apparat unterbrach er seine Arbeit nicht um einen Tag, und stellte sich endlich beim königl. Obergerichtsarzt zu Augsburg, dem Dr. Kuby, nach sieben Wochen, den Apparat unter dem Arm tragend, als vollkommen genesen, ein. — Die genaue Beschreibung dieses Falles ist von dem Dr. Kuby im Separatabdruck des «Aerztlichen Intelligenz-Blattes» — München 1879, erschienen. — Der betreffende Patient wurde in der 51. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Cassel (1878) in der zweiten Woche nach der Katastrophe vorgeführt. — Welche Vortheile eine solche Methode zumal für einen armen Arbeiter bietet, braucht wohl nicht erörtert zu werden.

Als Beleg für den ausgezeichneten Erfolg seiner Behandlungsmethode stellte Hessing in der 54. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Salzburg am 21. September zwei Patientinnen vor, und demonstrirte in einem eine Stunde dauernden Vortrag die Wirkung seiner bewunderungswürdigen und sinnreichen Apparate.

Der eine Fall betraf ein *neunjähriges* Bettelmädchen, mit *Contracturen* der Gelenke der linken unteren Extremität.

Der andere Fall ein im *18. Lebensjahre* stehendes Fräulein aus Westphalen mit *Verkrümmung der Wirbelsäule*. Ich erlaube mir, als Augenzeuge, über diese beiden Fälle in möglichster Kürze Folgendes mitzutheilen:

Das 9-jährige Mädchen litt an Contracturen der Hüft-, Knie- und Fussgelenke der linken Extremität. Eine photographische Abbildung gab einen Begriff, wie die Extremität, vor dem Anlegen des Schienenhülsenverbandes, beschaffen war.

Das Hüftgelenk nämlich bildete einen rechten Winkel; ebenso das Kniegelenk. Die Verkürzung der Achillessehne war so hochgradig, dass der Fuss nach rückwärts soweit zurückgezogen wurde, dass die Sohle mit dem Unterschenkel eine fortlaufende gerade Linie bildete; auch bestand eine geringe Verkürzung der kranken Extremität.

Das Kind ist nie im Stande gewesen mit dem Fuss auf den Boden aufzutreten; selbständige Bewegung war nie vorhanden, daher die Atrophie der Muskulatur erklärlich. — Nachdem das Kind nun Hessing's Extensionsapparat 5 Tage hindurch ohne Unterbrechung getragen, konnte es schon mit der Fussspitze die Erde berühren, und in Zeit von 8 Wochen gehen, d. h. auf die ganze Sohle auftreten. — Die Contracturen der Hüft-, Knie- und Fussgelenke, wie die anwesenden Herren Professoren und Aerzte sich überzeugten, waren fast ganz beseitigt; durch Extension sämmtlicher Gelenke nach *unten;* des Hüftgelenks nach *hinten*, der Knie- und Fussgelenke nach *vorn*.

Die Extension der 3 Gelenke wird nur durch Gummibänder bewerkstelligt; die leidenden Theile dürfen dabei

weder schmerzen, noch dem Patienten irgend welche Beschwerden verursachen, weil die Gummibänder nach Belieben entweder straff angezogen oder loser geknöpft werden, kurz, vollkommen in der Gewalt des Arztes sich befinden, was für das Reguliren der Spannkraft von grosser Bedeutung ist.

Zu bemerken ist hier *nochmals*, dass bei der *Extension der unteren Extremitäten* das Becken der betreffenden *kranken* Seite eingeschlossen wird durch einen halben Stahlring, an den der ganze Extensions-Apparat angeschraubt wird; dagegen auf der gesunden nur ein Handbreiter Lederriemen läuft, der als Stützpunkt dient, und anatomisch genau dem Körper adaptirt wird; also dass das natürliche Becken mit dem künstlichen ein Stück bildet, ein Umstand der, obgleich schon oben beschrieben, und für die Zuhörer vielleicht ermüdend, doch nicht oft genug seiner Wichtigkeit halber betont werden kann.

Dieses Kind hat den grössten Theil seines 9-jährigen Daseins in liegender Stellung zugebracht; sehr selten, und zwar aus Mangel an Körperkraft, nur mit grosser Mühe mit Hülfe zweier Krücken sich zu bewegen vermocht. — Jetzt kann es, nur auf ein Stöckchen sich stützend, wacker umhermarschieren, ja sogar *allein* kleine Spaziergänge unternehmen. — Der wohlthätige Einfluss auf das Allgemeinbefinden blieb nicht aus: das Kind blühte, während meines Aufenthalts in der hochgelegenen, die herrliche Gegend beherrschenden, prachtvollen Villa Hessing in Reichenhall, von Stunde zu Stunde beim Genuss der frischen Bergluft und kräftiger Nahrung zusehends auf, und wird, wie viele andere Patienten, als geheilt in der Göggingenschen orthopädischen Heilanstalt Beschäftigung finden.

Der andere Fall bietet in mannigfacher Beziehung grosses Interesse dar. Das gegenwärtig im 18. Lebensjahre stehende Fräulein S., Tochter eines Gutsbesitzers aus West-Preussen, wurde von Hessing am 15. Juli d. J. in seine Heilanstalt zu Göggingen aufgenommen; und am 21. September in Salzburg in derselben pädiatrischen Section mit dem vorigen Fall vorgestellt. Der Apparat ist so einfach, dass jeder Arzt überall, ohne Hülfe eines Bandagisten, denselben construiren kann, indem er ein bequemes und leistungsfähiges Stütz- und Heilmittel sich selbst verschafft. Da der Apparat weder durch eine demonstrative Zeichnung, noch Abbildung in seiner Wirkung richtig beurtheilt werden kann, so hat Hessing es für praktischer erachtet, die Patientin selbst der Versammlung vorzuführen.

Der Apparat ist ein *Corset*, gleicht aber in keiner Weise der Maschine, wie man dergleichen mit hübsch polirten Schrauben und Stahlstangen oft bei Ausstellungen auf Holzmodellen angelegt, zu sehen bekommt. Die Technik dieser Apparate wäre ganz schön und richtig, wenn die fehlenden Stützpunkte, *worauf hier ja Alles ankommt*, ersetzt würden durch Schrauben oder Nägel, die man in das Fleisch und die Knochen der Patienten treiben könnte. Da eine solche Procedur bekanntlich nicht thunlich ist, so passt sie nur für Holzpuppen.

Fast alle Orthopäden begehen den grossen Fehler, dass sie den Körper einer Extension aussetzen, die nur einige Minuten dauert, den übrigen Theil des Tages aber die Kranken sich selber überlassen. Es ist absolut unmöglich von der Orthopädie einen günstigen Erfolg zu erwarten, wenn man nicht *permanente* Wirkung anwendet. Ebenso unmöglich ist es von einem ohnehin schwachen Patienten zu verlangen, dass er durch eigene Willenskraft sich fortwährend gerade halten soll.

Die neue Methode der Orthopädie, welche ich als *höhere wissenschaftliche Heilmechanik* bezeichnet wissen will, besteht darin, dass man vor allen Dingen, zumal bei der Scoliose für frische Luft und gesunde Nahrung für den Patienten sorgen, und dann die Wirbelsäule so zu entlasten streben muss, dass eine permanente elastische Traction die abnormen Formen in richtige Rückbildung verwandle, so angebracht, dass jede freie Bewegung des Patienten befördert, dagegen jede Ermüdung erspart, und jede regelrechte Function der Wirbelsäule unterstützt werde.

In dem vorliegenden Fall des Fräulein S. ist am Corset fast nichts zu entdecken von Eisen oder Stahl, und die Entlastung des Oberkörpers ist durch die Fassung des Beckens nur durch ganz dünne Stahlschienen von der Dicke eines Fischbeins hergestellt. — Die Fixirung der Wirbelsäule vom Becken *aufwärts* geschieht durch eine unsichtbare feine Stahlschiene; die Traction *seitwärts* durch starke, meist dreifache Gummibänder und Anspannung des Stoffes selbst, woraus das Corset angefertigt ist, durch permanente elastische Spannung jeden starr-metallischen Druck vermeidend. — Die eingefallene Brusthälfte bei der Scoliose bleibt hohl, um beim Athemholen sich unbehindert erweitern zu können, während die vorgewölbte Seite so fixirt wird, dass sie sich nicht weiter auszudehnen vermag, dabei doch einem leichten permanent elastischen Druck ausgesetzt bleibt. Mit einem so construirtem Corset, welches, wie das Fräulein selber versichert, angenehm zu tragen ist, können alle gymnastischen Uebungen vorgenommen werden; entfernt wird es nur während des Massirens oder eines Bades, wobei Patientin eigenhändig im Stande ist, es abzunehmen und wieder anzulegen.

Was nun die Krankengeschichte des Fräulein S. betrifft, so ist sie in wenigen aber schwerwiegenden Worten zusammenzufassen: Von ihrem 9. Lebensjahre an wurde bei ihr eine leichte Verkrümmung der Wirbelsäule, mit Neigung nach rechts entdeckt. — Durch Unachtsamkeit beim Sitzen an einem niedrigen Schultisch verschlimmerte sich das Uebel, und als das Kind zu einem 17-jährigen Fräulein herangewachsen war, hatte sich die Wirbelsäule um ihre Achse gedreht; der Kopf lag dermaassen auf die rechte Seite geneigt, dass das rechte Ohr fast die Schulter berührte. — Welche moralische Wirkung dieses unsägliche Uebel auf das Gemüth der Patientin hat ausüben müssen, kann leicht begriffen werden. Sie sass meist im Winkel da, theilnahmlos, über ihren Zustand jammernd und weinend. Die nachtheiligen Folgekrankheiten blieben nicht aus; sie manifestirten sich durch hochgradige Anämie der eine schlimme Dyspnöe folgte, und die schliesslich mit tiefer Melancholie endigte. Am liebsten war es ihr, wenn sie unbeachtet blieb und in Ruhe gelassen wurde.

Bei ihrer Aufnahme am 15. Juli ergab die hochgradige Scoliose folgende Maasse: Abweichender oberster Halswirbel von der Medianlinie nach rechts: 5 Ctm.; der obere Brustwirbel 6 Ctm; von der Crista ilei zur Achselhöhle links 12 Ctm.; rechts 18 Ctm. — Bei der Vorstellung in Salz-

№ 276. Sitzungsprotokolle der kaukasischen medicinischen Gesellschaft vom 2. Mai 1881, № 2.
Inhalt: a) E. Krassnogljadow: Bemerkungen über subcutane Injectionen von Chinin.
b) K. Koslowski: Ueber Hypnotismus.
c) K. Bachutow: 2 Fälle von Gastralgie in Folge von Malaria.

№ 277. Sitzungsprotokolle der kaukasischen medicinischen Gesellschaft vom 2. Juni 1881 № 3.
Inhalt: a) R. Michelsen: Ein Fall von Mikrophthalmus und Nystagmus beider Augen.
b) P. Sklotowski: Ein Fall von Peritonitis, durch welche Compression der Ven. portae mit nachfolgendem Ascites, sowie Fettdegeneration der Leber bewirkt wurde.
c) Derselbe: Ueber Reposition des Netzes bei Bauchwunden.

№ 278. Sitzungsprotokolle der kaukasischen medicinischen Gesellschaft vom 16. Mai 1881 № 3, nebst Beilage.
Inhalt: a) N. Lopatin: Zur Casuistik der Simulationen.
b) S. Schtscheglow: Faradisation der Milz.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Die parasitären Krankheiten des Menschen. I. Entwickelungsgeschichte und Parasitismus der menschlichen Cestoden von Dr. Sigm. Theod. Stein. Moritz Schauenburg. Lahr. 1882.
— Ueber den Nerveneinfluss bei der Gallensecretion mit einigen Hinweisen auf die Entstehung des Icterus, von Mich. Afanassjew. Inaug.-Diss. (russ.) St. Petersburg. 1881.
— Om Typhus exanthematicus von Dr. F. W. Warfringe. Stockholm. 1880.
— Bericht über die Thätigkeit der Gesellschaft Tula'scher Aerzte für die Jahre 1879—1881.
— La escuela medicina. №№ 24, 3 u. 4.
— Aerztlicher Taschenkalender für 1882, herausgeg. von Dr. Toropow. (russ.) C. Ricker. St. Petersburg.
— El observador medico. № 6.
— Monatsschrift für Ohrenheilkunde. № 10.
— Mittheilungen aus dem kaiserl. Gesundheitsamte, herausgeg. von Dr. Struck. Bd. I. Mit 14 photolithographischen Tafeln. Louis Gerschel. Berlin 1881.

Auszug aus den Sitzungsprotokollen der in Staraja Russa prakticirenden Aerzte.

Saison 1881.

In der am 10. Juni abgehaltenen vorbereitenden Sitzung wurde beschlossen die Versammlungen alle zwei Wochen stattfinden zu lassen und da bei Besprechung balneologischer Fragen oft Specialkenntnisse verschiedener Fachmänner unumgänglich seien, auch Nichtärzten die Theilnahme an den Sitzungen zu gestatten. Zum Präsidenten der Sitzungen wurde Dr. Rochel, der Director der Mineralwasserheilanstalt, zum Vicepräsidenten Dr. Wassiljew, zum Secretair Dr. Dworjaschin gewählt.

Die erste ordentliche Sitzung fand am 27. Juli 1881 statt; an derselben betheiligten sich 12 Aerzte und 7 Gäste, unter denen sich der Adelsmarschall, das Stadthaupt, so wie der Oberpriester befanden. Nachdem das Protokoll der vorberathenden Sitzung verlesen und angenommen, berichtete Dr. Weber über die Sanitätsverhältnisse der Landstrecke zwischen der Petro-Paul- und Nikolai-Kirche, welche durch einen verpesteten Teich beeinträchtigt werden, da in verschiedenen Familien, die sich dort niedergelassen hatten, verschiedene Infectionskrankeiten (Scarlatina, Morbilli, Angina diphtheritica) aufgetreten waren. Dr. Weber macht daher die Anwesenden, besonders das Stadthaupt und den Adelsmarschall darauf aufmerksam, dass sobald wie möglich diese Schmutzlache trocken gelegt oder ein regelrechter Abfluss hergestellt und erhalten werden müsse. Das Stadthaupt bat, durch den Gouverneur einen schriftlichen Befehl ergehen zu lassen, wodurch die Ausführung dieses Vorschlags allein ermöglicht werde.

Dr. Buch macht den Vorschlag die Heilmittel von Staraja Russa durch kohlensaure Wannen zu vermehren, was ohne weitere Vorbereitung dadurch hergestellt werden könne, dass man einem Soolbade von 15 Spann Gehalt 8 Unzen Salzsäure und 1 Pfd. kohlensaures Natron zusetze, wodurch über 300 Liter Kohlensäure entwickelt und das Brausen bis auf eine halbe Stunde unterhalten werde. Die Kosten einer solchen Wanne wären nicht bedeutender wie die Kosten eines Schlammbades, da der Apotheker Moldenhauer die genannten Chemikalien für 30 Kop. pro Bad zu liefern versprochen habe. Wegen Abwesenheit des Directors wurde die weitere Besprechung der Frage vertagt.

Dr. Weber fragte im Auftrage des Präsidenten der Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit, Prof. Zdekauer, an, unter welchen Bedingungen in Staraja Russa eine Station für arme scrophulöse Kinder gebildet werden könnte. Die Debatten ergaben, dass es für den Anfang am gerathensten und vortheilhaftesten wäre, sich der städtischen Waisenanstalt anzuschliessen und für die betreffenden Kinder der Anstalt eine mässige Pension zu zahlen; für unentgeltlichen Gebrauch der Mineralbäder würde ein Zeugniss des Gouverneurs genügen.

Dr. Pawlow macht den Vorschlag, für die in Staraja Russa prakticirenden Aerzte besondere Statuten anzunehmen, die mit den Statuten der Münchener Convenienz und der ärztlichen Gesellschaft in Woronesh übereinstimmen und nur den Ortsverhältnissen angepasst werden sollten. Die Ausarbeitung dieser Statuten wurde einer besonderen Commission, bestehend aus den Dr. Wassiljew, Tietzner, Pawlow und Weber, anvertraut.

37. Sitzung am 11. Juli unter dem Präsidium Dr. Rochels. Dr. Weber machte Mittheilung über das Bohren des Murawjewbrunnens, bei welcher Gelegenheit die geologischen Schichtungen demonstrirt wurden. Der Vortrag war durch die daraus entstehende Frage motivirt, ob es nicht möglich wäre in Staraja Russa zu einem Brunnen zu gelangen, der sich mehr wie die eben vorhandenen zu einer Trinkkur eignen würde. Dr. Weber wies darauf hin, dass in einer Tiefe von gegen 30 Faden sich ein Wasserreservoir befinde, welches reich an Kohlensäure und ärmer an Salzen, somit also für den inneren Gebrauch überaus geeignet sei. Schon zur Bohrzeit habe Prof. Zdekauer seine Meinung über diesen Punkt ausgesprochen und damals den Rath gegeben, das Bohren zu sistiren, doch wurde derselbe nicht befolgt und man kam (90 Faden tief) auf das Reservoir des Directorbrunnens, der ja ohnehin reichlich Soole ausströmt. — Durch die gegebenen Umstände spiele gegenwärtig die Murawjewquelle eine sehr bescheidene Rolle, indem sie als Zierde der Gallerie diene und ein Wasserrad bewege, durch welches das Süsswasser in die Reservoire gepumpt und ausserdem der Ozongehalt der Luft in der Gallerie erhöht werde.

Dr. Pawlow verliest die durch das Comité verfassten Statuten, welche debattirt und angenommen wurden.

Sitzung am 1. August, wegen Abwesenheit Dr. Rochels, unter Vorsitz Dr. Wassiljew's. Als Gäste waren die Herren Architekt Schermazau und Apotheker Moldenhauer anwesend. Herr Schermazau legte einen Plan der Facade des Kurhauses mit einer meteorologischen Station vor, den er als Illustration zu Dr. Weber's Reorganisationsproject angefertigt hatte. — Die Discussion über die kohlensauren Bäder wurde wieder aufgenommen. In Betreff der physiologischen Wirkung solcher Bäder bemerkte Dr. Buch, dass die Temperatur der Achselhöhle während des Bades anfangs steigt, um später wieder (nach 20 Minuten) auf die Norm zurückzugehen, wogegen die Temperatur in ano beständig sinke. Doch auch von dieser Erscheinung gebe es zuweilen Abweichungen. — Es wurde beschlossen, die Discussion fortzusetzen, nachdem vergleichende Versuche mit Süsswasser-, Sool- und Kohlensauren Bädern angestellt worden.

Dr. Buch macht darauf den Vorschlag, die Ataxia locomotoria mit kühlen Bädern zu behandeln und schreibt die geringen Erfolge der Behandlung von Tabes dorsalis in Staraja Russa dem Umstande zu, dass hier diese Krankheitsform mit warmen Sool- und Schlammbädern behandelt werden.

Dr. Tietzner und Dr. Wassiljew protestirten hiegegen. Ersterer ist keineswegs von der Erfolglosigkeit der Staraja Russa-Badekur überzeugt. Dr. Buch beruft sich auf den Ausspruch Dr. Weber's in seinem Buche über Staraja Russa; letzterer sagt, es sei der Ausspruch Rieder's, dass er zu seiner Zeit bei Tabetikern keine besonderen Badeerfolge gesehen. — Dr. Wassiljew und besonders Dr. Tietzner behaupten: so lange die Bäder functioniren, sei es noch keinem der behandelnden Aerzte eingefallen, Tabetiker mit warmen Bädern zu behandeln, ja wenn ein neuangereister junger Arzt vielleicht auch aus Unerfahrenheit den Versuch gemacht, so bringt ihn der Kranke selbst bald auf die rechte Fährte, da er sofort Verschlimmerung aller Leiden fühle. Bei der Ataxia locomotoria würden in Staraja Russa immer Bäder mit mässiger Temperatur verordnet; man beginne mit 27° R. und falle bis auf 26 und 25° R; Bäder mit noch geringeren Temperaturen (bis 21 und 20°) seien geradezu schädlich; etwas anderes sei es natürlich wenn man zur methodischen hydrotherapeutischen Behandlungsweise übergehe.

Dr. Tietzner theilt die während 20-jähriger Praxis in Staraja Russa beobachteten Fälle von Ataxia locomot. in Betreff des Erfolges in 3 Kategorien ein: 1) ohne Erfolg 2) mit wenig Erfolg und 3) mit vollkommenem Erfolge behandelte Fälle. Dr. Wassiljew hat wohl Besserungen gesehen, doch keine vollkommene Genesung. Dr. Tietzner führt zum Beweise, dass Tabetiker bei der in Staraja Russa üblichen Behandlung vollkommen genesen können, den Fall des Herrn Lapschin an, der mit allen Symptomen der Ataxia locomotoria im höchsten Grade behaftet während 2 Saisons in Staraja Russa mit Sool- und Soolfichtennadelbädern von 26—27° R. und sogar mit Schlammbädern behandelt wurde, vollkommen genas und sich bis jetzt einer guten Gesundheit erfreut. Wenn auch Fälle dieser Art nicht gar zu häufig seien, so ständen sie anderseits keineswegs vereinzelt da. Dr. Pawlow macht darauf aufmerksam, dass man nie vergessen dürfe, dass sie Ursachen der Ataxia locomotoria gar verschieden und dieser Symptomencomplex auch dort auftreten könne, wo wir es noch mit keiner Sclerose der hinteren Hörner des Rückenmarkes zu thun haben. So führt er einen Fall an wo eine Dame, die seit Jahren an Ataxia locomotoria litt und nur noch per Wagen von Ort zu Ort transportirt werden konnte, plötzlich, als der Wagen

auf der Strasse umgeworfen wurde, auf den eigenen Beinen weiter lief. Darum müsse man in der Kritik der Heilresultate vorsichtig sein, da ja allen begreiflich, dass ein Sturz aus dem Wagen keine Sclerose des Rückenmarkes rückgängig machen könne. Ebenso habe man bei der Therapie zu berücksichtigen, ob man es mit einer Ataxie auf syphilitischer, rheumatischer Basis oder mit einer hochgradigen Neurose zu thun habe. Er ist sogar der Meinung, dass bei einer Ataxie oder Tabes dorsalis auf syphilitischer Basis nicht nur eine antisyphilitische Kur, sondern auch warme Bäder angezeigt wären, da ja die Syphilidologen in der letzten Zeit die Wärme als hauptsächlichstes Agens bei der antisyphilitischen Kur ansehen. Gegen diese Meinung opponirte Dr. Wassiljew, theilweise auch Dr. Tietzner, da ihnen die Erfahrung gezeigt, dass selbst bei Tabes dorsalis auf syphilitischer Basis warme Bäder nachtheilig wirken.

Dr. Buch führt Erb's Bericht über 110 Fälle als Beweis dafür an, dass kalte Bäder von günstigem Einfluss auf die Ataxia locomotoria seien, doch können sich die Anwesenden selbst durch diesen Bericht nicht für diese Applicationsweise bestimmen lassen. Dr. Tietzner spricht sich dagegen für die versuchsweise Anwendung der kohlensauren Bäder aus, um so mehr, da in denselben selbst bei verhältnissmässig niedrigen Temperaturen der Badende geringeres Kältegefühl spüre wie bei einfachen Sool- und Süsswasserbädern, so dass selbst ein Bad von 24—25° sehr erträglich erscheine. Einige Collegen machen darauf aufmerksam, dass ein kühles Bad, bei Zusatz von kühler Mutterlauge dem Badenden plötzlich wärmer erscheine, ohne dass die Tempratur des Badewassers wirklich erhöht wurde, was der mechanischen und chemischen Einwirkung der Mutterlauge auf die Haut zuzuschreiben sei.

Dr. Pawlow proponirt für die Badeeinrichtung eine Classificirung einzuführen, um auch weniger Bemittelten oder grossen Familien die Badekur zu ermöglichen, ohne dass sie gezwungen wären die Behörden um Armuthszeugnisse anzugehen.

Dr. Weber erinnert an seinen schon wiederholt gemachten Vorschlag: ein eintache Notiz des behandelnden Arztes auf den Ordinationszettel solle genügen um eine Ermässigung oder Gratisverabfolgung zu bewirken. Dr. Pawlow bemerkt, dass den mit Gratisscheinen versehenen Badegästen dennoch für den Zusatz von Fichtendestillat eine Zahlung abgefordert werde, mit der Bemerkung des Directors, dass dieses nur Luxus sei und des Geruchs halber hinzugefügt werde. Er findet solche Ausdrücke für den behandelnden Arzt compromittirend, da das Publikum leicht auf den Gedanken kommen könne, dass die Aerzte nur deshalb dieses Präparat verschreiben, um der Badeadministration die Kasse zu füllen. Die sich an diese Mittheilung knüpfende Debatte, blieb ohne Resultat, da der Director der Mineralanstalt abwesend war. Die anwesenden Militairärzte waren der Meinung, dass der Usus den Kronsapotheken nachgebildet sei, wo nur Medicamente nach einem gewissen Katalog den Beamten unentgeltlich abgelassen würden. Was die Bemerkung des Directors über den Luxus anbetrifft, so wurde sie allgemein als unpassend anerkannt.

Tagesereignisse.

— Zum Oberarzt des Stadthospitals in Odessa ist Dr. W. Ssilujanow vom dortigen Stadtamte gewählt worden.

— Prof. Dr. V. v. Bruns in Tübingen ist von einem Schlaganfalle betroffen, soll sich aber bereits in der Besserung befinden.

— Der bekannte Physiologe Paul Bert ist zum französischen Unterrichtsminister ernannt worden. Er ist somit nächst dem Kliniker Baccelli, der bekanntlich schon einige Zeit als Unterrichtsminister in Italien fungirt, der zweite Mediciner, welcher einen Ministerposten bekleidet.

— Der berühmte englische Dermatologe Erasmus Wilson ist zum Baronet ernannt worden.

— Am 30. October n. St. fand in dem Berliner pathologischen Institut zu Ehren des 25-jährigen Professoren-Jubiläums und des 60. Geburtstages Virchow's eine Feier statt, welche sich durch einen rein wissenschaftlichen Charakter auszeichnete. Zu derselben war, wie die «D. med. Wochenschr.» berichtet, eine stattliche Reihe von Virchow's früheren Schülern und Assistenten, von denen die meisten jetzt Professoren an deutschen Universitäten sind, erschienen, darunter: v. Recklinghausen (Strassburg), Cohnheim (Leipzig), Klebs (Prag), Liebreich (London), His (Leipzig), Mosler (Greifswald), Orth (Göttingen), Hüter (Greifswald), Rindfleisch (Würzburg), Ponfick (Breslau), Ackermann (Halle), Braune (Leipzig), ferner aus Berlin Westphal, Leyden, Gusserow, Senator, Fräntzel, Liebreich, B. Fränkel, Wolff u. A., ausserdem seine jetzigen Assistenten Jürgens, Grawitz und Israel. Prof. v. Recklinghausen als Sprecher, begrüsste zunächst Virchow als den Meister und Schöpfer des pathologischen Instituts und der daraus hervorgegangenen Schule, die den Ausbau der Wissenschaft in seinem Sinne weiter zu fördern bestrebt sei. Zugleich überreichte er ein Album mit den Photographien sämmtlicher Schüler und mehrere Festschriften und theilte den Beschluss derselben, Virchow's Marmorbüste im pathologischen Institut aufzustellen, mit. In seiner Erwiederung schilderte Virchow den Entwickelungsgang der Anstalt und wies darauf hin, dass, so vielmals er auch nach verschiedenen Seiten einen Weg nach aussen eingeschlagen habe, er doch niemals vergessen hätte, dass das pathologische Institut nicht nur die Grundlage, sondern auch der Schwerpunct seiner wissenschaftlichen Beziehungen sei. Er betonte den Geist der Zusammengehörigkeit und Freundschaft, die jeden einzelnen der Schüler und Mitarbeiter mit dem Mutterinstitute noch heute verbände und schloss mit dem Wunsch, dass jeder seiner anwesenden Freunde einmal das Gefühl haben möchte, welches ihm jetzt beschieden sei, — das Gefühl, dass eine so stattliche Schaar berühmter Männer ihm als Lehrer ihre Freundschaft und Anhänglichkeit darbrächten. Hierauf folgte eine Besichtigung des Instituts und später ein Festmahl, auf welchem unter Anderen Prof. His die wissenschaftliche Thätigkeit Virchow's in beredten Worten feierte und die Bedeutung der Virchow'schen Schule hervorhob.

Ueber die Virchow-Feier im Berliner Rathhause am 19. d. M. werden wir in der nächsten Nummer berichten.

Miscellen.

— Wir haben seiner Zeit ausführlich über die Verhandlungen und Beschlüsse des Wiener medicinischen Doctoren-Collegiums, betreffend die sofortige Honorirung der ärztlichen Leistungen, Mittheilung gemacht. Neuerdings ist, wie wir der «W. allg. Ztg.» entnehmen, diese für die praktischen Aerzte hochwichtige Angelegenheit in einer Sitzung des Geschäftsraths des erwähnten Doctoren-Collegiums wieder zur Sprache gekommen und konnte der damalige Referent über diese Frage Dr. Lederer darauf hinweisen, dass das Collegium seiner Zeit mit seinen diesbezüglichen Publicationen das Richtige getroffen, indem Zustimmungsschreiben von einzelnen Collegen und ganzen Vereinen einliefen, die Fachjournale sich anerkennend hierüber äusserten und auch in anderen Gegenden diese Bestimmungen angenommen und publicirt wurden. Er könne aber auch aus seiner eigenen Praxis und aus Mittheilungen von Collegen den guten Erfolg jener Publicationen constatiren. Da jedoch das chronische Uebel des Schuldigbleibens nicht durch eine Bekanntmachung beseitigt werden könne und es noch eine grosse Anzahl von zahlungsfähigen Patienten gebe, von denen der Satz gilt: «decies repetita placent», so beantrage er, *in der zweiten Hälfte des December-Monats an einem Tage in sämmtlichen Wiener Tagesblättern an auffälliger Stelle die Bestimmungen des med. Doctoren-Collegiums, betreffend die sofortige Honorirung der ärztlichen Leistungen zu republiciren.* Dieser Antrag wurde einstimmig angenommen.

— Nach den Ermittelungen des amerikanischen Arztes Dr. Haines, sowie verschiedener seiner Collegen in Missouri entstanden in Gefolge einer in verschiedenen Städten eben erloschenen Flecktyphus-Epidemie die meisten neuen Krankheitsfälle bei Patienten, in deren Händen Bücher aus Leihbibliotheken gewesen waren. Aehnliche Erfahrungen machte H. auch nach einer Pockenepidemie in Little Rock, weshalb er diese volksthümlichen Institute die wirksamsten Verpflanzer aller ansteckenden Krankheiten nennt und die *Desinfection von Leihbibliotheken* dringend empfiehlt.

— Eine empfindliche *Albuminprobe* ist in der Cincinnati Lancet and Clinic May 29 1880 angegeben (von Siebold veröffentlicht ohne Quellenangabe.) Man fügt dem zu untersuchenden Harn Ammoniak bis zu eben deutlicher alkalischer Reaction zu, filtrirt und tröpfelt ins Filtrat verdünnte $\bar{A}$ bis die sauere Reaction sich zeigt. Dann füllt man zwei Reagensgläser mit gleichen Mengen der angesäuerten Flüssigkeit, erhitzt das eine von den Gläschen und vergleicht dann mit dem kalt gebliebenen; man erkennt so die leiseste Trübung, welche ein sicheres Zeichen für die Anwesenheit von Eiweiss bietet. Hz.

Personal-Nachrichten.

Amtliche.

— *Befördert*: *Zum Staatsrath*: Der ält. Arzt des Militärlazareths zu Ssaratow, Popow.

— *Ernannt*: Staatsrath Lawrentjew, Gehilfe des Chefs des Medicinalwesens der Verwaltung der Schwarzmeer-Flotte und -Häfen — zum Chef des Medicinalwesens dieser Verwaltung und zum Oberarzt des Nikolajewschen Marine-Hospitals, und Staatsrath Zymbalow, Divisionsarzt der 20. Infanterie-Division — zum ält. Arzt des Terek-Gebietes.

— *Entlassen aus dem Dienst: wegen Krankheit*: Staatsrath Jarmolowitsch, Divisionsarzt der 3. kaukasischen Cavallerie-Division, und Coll.-Rath Blum, ält. Arzt des 6. Don.-Kosaken-Regiments — beide mit Uniform; *auf eigenes Gesuch*: Die Hofräthe: Eck, Arzt zu Kommandoszwecken beim Militär-Medicinaldepartement, und Passwick, jüng. Arzt des 95. Inf.-Regiments.

Vacanzen.

— *Eine Landschaftsarztstelle* im Kreise *Romanow-Borissoglebsk*, Gouvernement *Jarosslaw*, wird zum 1. Januar des nächsten Jahres vacant. Im Kreise befinden sich zwei Dorflazarethe, welche gleichzeitig auch als Sammelpuncte für ambulante Kranke dienen, und von denen das eine zwanzig und das zweite fünfzehn Werst von der Kreisstadt entfernt ist. Beim ersten der beiden Dorflazarethe hat der Arzt ständig zu wohnen, während er das zweite allmonatlich mindestens sechs Mal inspiciren muss. Gehalt 1600 Rbl. jährlich.

Berichtigungen.

№ 45, S. 384, Sp. 1, Z. 3 v. u. lies: *nothwendig* statt *nothwendige*.
S. 385, Sp. 1, Z. 5 v. u. liess: *getränktem* statt *getrocknetem*.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 8. November 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	710	251	961
Alexander- «	447	154	601
Kalinkin- «	—	442	442
Peter-Paul- «	267	132	399
St. Marien-Magdalenen-Hospital	166	73	239
Marien-Hospital	295	240	535
Ausserstädtisches Hospital	216	143	359
Roshdestwensky-Hospital	50	38	88
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	346	142	488
4 zeitw. Hospitäler	598	154	752
Ausschlags-Hospital	6	9	15
Summa der Civilhospitäler	3101	1778	4879
Nikolai-Kinder-Hospital	35	52	87
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	66	77	143
Elisabeth-Kinder-Hospital	39	31	70
Summa der Kinderhospitäler	140	160	300
Nicolai-Militär-Hospital	485	21	506
Ssemenow'sches Militär-Hospital	185	—	185
Kalinkin-Marine-Hospital	287	—	287
Gesammt-Summa	4198	1959	6157

Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	988	241	1229
Scarlatina	11	12	23
Variola	9	10	19
Venerische Krankheiten	666	438	1104

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 1. bis 8. November 1881 besucht von 2055 Kranken, darunter zum ersten Mal von 791.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs

für die Woche vom 25. bis 31. Oktober 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 480 Todtgeborene 21). — Mortalität 37,2 p. M.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
269	211	480	98	18	72	12	3	18	50	49	44	53	31	15	12	5

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 6, Typh. abd. 15, Febris recurrens 10, Typhus ohne Bestimmung der Form 6, Pocken 1, Masern 0, Scharlach 6, Diphtheritis 12, Croup 3, Keuchhusten 0, Puerperalkrankheiten 1, Dysenterie 1, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 13.

— Gehirnapoplexie 11, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 21, andere Gehirnkrankheiten 21, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 19, acute Entzündung d. Athmungsorgane 50, Lungenschwindsucht 96, andere Krankheiten der Brusthöhle 8, Gastrointestinal-Krankheiten 73, andere Krankheiten der Bauchhöhle 20, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 41, Marasmus senilis 22, Cachexia 18.

— Tod durch Zufall 4, Selbstmord 0. Mord 0.

— Andere Ursachen 2.

Nächste Sitzung d. deutschen ärztlichen Vereins, Montag den 16. November 1881.

Nächste Sitzung des allgem. Vereins St. Petersburger Aerzte, Dienstag den 24. November 1881. Zahlungstermin für die jährlichen Beiträge der Mitglieder.

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.

Soeben erschien:

Die

Wanderniere der Frauen

von

Dr. Leopold Landau,

Privatdocent an der Universität Berlin.

136 (1)

Mit 9 Holzschnitten. gr. 8. Preis: 2 M. 40 Pf.

ОБЪ ИЗДАНІИ

„ДНЕВНИКА"

КАЗАНСКАГО ОБЩЕСТВА ВРАЧЕЙ.

„Дневникъ" Казанскаго Общества Врачей при Императорскомъ Университетѣ будетъ безостановочно выходить и въ будущемъ 1882 году, отдѣльными листами, два раза въ мѣсяцъ, такъ что годовое изданіе будетъ заключать въ себѣ не менѣе 24 листовъ.

Согласно постановленію Общества «Дневникъ» будетъ состоять изъ *двухъ отдѣловъ*.

Въ *первомъ* отдѣлѣ будутъ помѣщаемы: 1) оригинальныя статьи членовъ Общества и сотрудниковъ по всѣмъ отраслямъ медицины и 2) краткіе обзоры текущей медицинской литературы по вопросамъ наиболѣе выдающимся, также какъ и 3) библіографическія указанія и замѣтки особенно по русской медицинѣ и по медицинской статистикѣ. Во *второй* отдѣлъ «Дневника» войдутъ: 1) мѣстный медико-статистическій матеріалъ, именно: очерки болѣзненности и смертности г. Казани и ближайшихъ къ ней мѣстностей, равно какъ и различныя мѣстныя санитарныя изслѣдованія и наблюденія; 2) протоколы засѣданій Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ и 3) объявленія и замѣтки имѣющія мѣстный интересъ.

Желающіе получать «Дневникъ» въ 1882 году, своевременно благоволятъ адресоваться въ Казань къ Предсѣдателю Общества профессору Университета *А. В. Петрову*, прилагая три рубля за цѣлое годовое изданіе съ пересылкой. 135(3)

Bei **A. Hirschwald in Berlin** erschien soeben:

Archiv

für

KLINISCHE CHIRURGIE.

Herausgegeben von

Dr. B. von Langenbeck,

Geheimer Ober-Medicinal-Rath und Professor

redigirt von

Dr. Billroth, und **Dr. Gurlt,**

Professor in Wien. Professor in Berlin.

137 (1) XXVII. Band. 1. Heft.

Mit Tafeln und Holzschnitten. gr. 8. Preis: 8 M.

chez Mrs. Stoll & Schmidt, Société pharmaceutique commerciale russe, H. Klos & Co.

109 15 (4)

VICHY

Direction: Paris, 22, boulevard Montmartre.

GRAND-GRILLE. Gegen lympathische Neigungen, schlechte Verdauung, Verstopfung der Leber, der Milz, des Leibes, Steinkrankheit u. s. w.

HOPITAL. Gegen Verdauungsbeschwerden, Magenbeschwerden, Appetitlosigkeit, Magenschmerzen u. s. w.

CÉLESTINS. Gegen Kreuzschmerzen, Blasenleiden, Steinkrankheit, Podagra, Appetitlosigkeit u. s. w.

HAUTERIVE. Gegen Kreuzschmerzen, Blasenleiden, Steinkrankheit, Podagra, Appetitlosigkeit u. s. w. — Man fordere die Bezeichnung der Quelle auf der Schachtel.

En vente à St. Pétersbourg:

chez Mrs. Stoll & Schmidt, Société pharmaceutique commerciale russe, H. Klos & Co.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 13 Ноября 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh., Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 33½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

ST. PETERSBURGER

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg,

Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

SECHSTER] Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER). [JAHRGANG

№ 47. St. Petersburg, 21. November. (3. December) 1881.

Einfluss der Mineralbäder in Staraja-Russa auf Körpertemperatur, Puls und Athmung.

Von

Dr. Makawejew.

Die Lehre von den Mineralbädern bietet noch viele dunkle und unaufgeklärte Seiten, während dieser Zweig der Medicin doch die volle Aufmerksamkeit und genaues Studium seitens der Aerzte verdiente. Bis zu welchem Grade unser Wissen in dieser Beziehung noch unvollständig ist, kann man daraus schliessen, dass man bis heute nicht wenig Aerzte finden kann, und sogar Aerzte, welche sich eines soliden wissenschaftlichen Namens erfreuen, welche keinerlei Unterschied sehen zwischen der Wirkung mineralischer und einfacher Wannenbäder auf den Organismus, und Alles auf die Veränderung der Lebensbedingungen und den ganzen den Kranken umgebenden Heilapparat zurückführen. Es ist nothwendig, zu erwähnen, dass diese Aerzte in der Mehrzahl der Fälle keine Gelegenheit gehabt haben, die Kranken unmittelbar in den Mineralbädern zu beobachten, oder aber ihre Beobachtungen unter künstlich hergestellten Verhältnissen gemacht haben, und daher ihre Schlüsse mehr aus theoretischen Constructionen ableiten; die Koryphäen der Balneologie aber verfügen nicht über genügende factische wissenschaftliche Daten, um die Besonderheit der Wirkung mineralischer Bäder zu beweisen, obgleich die unmittelbare Beobachtung sie unzweifelhaft von dieser Thatsache überzeugt. Natürlich können unter solchen Bedingungen weder die einen noch die anderen ihre Ansichten erfolgreich vertheidigen. Aus denselben Gründen findet man unter den Balneologen nicht wenige Meinungsverschiedenheiten bei Beurtheilung verschiedener balneologischer Fragen. Meiner Ansicht nach sind in dieser Beziehung ausser der Unvollständigkeit der Untersuchungen ihr fragmentarischer Charakter und ihre Zusammenhangslosigkeit schädlich. Bei der Mineralbädercur giebt es viele Momente zweiten Ranges, welche dennoch zuweilen dominirend auf den Endeffect einwirken können, der durch die Bäder im Organismus hervorgerufen werden soll, — wie z. B. die Witterung, — so dass man durchaus im Zusammenhang mit den Beobachtungen über die Bäder auch diese im Auge behalten muss; und doch begegnen wir einer derartigen Vernachlässigung fortwährend bei den Experimentatoren. Uns scheint, dass es bei Klarstellung der Rolle der Mineralwässer, unumgänglich nöthig ist, seine Untersuchungen nach einem breiten Plane vorzunehmen, der möglichst viele Seiten der Frage berücksichtigt; da aber eine derartige Arbeit die Kräfte eines einzelnen Menschen übersteigt, so müssten die Untersuchungen in den Mineralbädern collectiv nach einem vorher festgestellten Plane und durchaus gleichzeitig angestellt werden. Das ist deshalb nothwendig, damit die Resultate, welche die verschiedenen Seiten der Wirkung der Bäder betreffen, unter denselben Bedingungen und äusseren Verhältnissen erhalten werden, — letztere sind in den Bädern veränderlich und unabhängig vom Willen des Beobachters. Unter solchen Bedingungen allein ist eine Zusammenstellung und Uebereinstimmung der Arbeiten verschiedener Beobachter möglich, sowohl wenn die Arbeiten sich auf dieselben, als auch wenn sie sich auf verschiedene Bäder beziehen.

Diese eben entwickelten Erwägungen regten mich zu Untersuchungen über die Wirkung der Mineralbäder von Staraja Russa an, um ihren Unterschied von gewöhnlichen Wannenbädern und ihre therapeutische Ratio klar zu stellen. Meine Untersuchungen bezogen sich auf die Körpertemperatur, den Puls, die Athmung, die Harnabsonderung und Schweissabsonderung in qualitativer und quantitativer Hinsicht, sowie auf das Körpergewicht, und Dr. Pawlow stellte meteorologische Beobachtungen an, die er mir auf das liebenswürdigste zur Verfügung stellte. Hiermit übergebe ich der Beurtheilung der Collegen in Kürze blos die

Resultate meiner Untersuchungen über die Körpertemperatur, den Puls und die Athmung, welche ausführlich in meiner Dissertation niedergelegt sind, der übrige Theil meiner Arbeit aber wird binnen kurzer Frist veröffentlicht werden.

Meine Untersuchungen wurden in der Sommersaison 1880 angestellt, und bezogen sich auf Salzbäder, Mutterlaugen-Salzbäder, Bassinbäder [1], Moorbäder und gewöhnliche Bäder. In den Mutterlaugen-Salzbädern befanden sich 8—10 Eimer Mutterlauge [2], das specifische Gewicht dieses Wassers betrug 1,058—1,063. Die Moorbäder von 28° R. enthielten in einer Versuchsreihe 4—6 Eimer Moor, und 2—6 Eimer Mutterlauge, — die starken, — und in einer zweiten Reihe nur 2 Eimer Moor, — schwache; die heissen Moorbäder enthielten 3—4 Eimer Moor und 2 Eimer Mutterlauge. Die Temperatur der Salzbäder betrug 26—28° R., der Mutterlaugen-Salzbäder — 28° R., der Moorbäder von 28—32° R., der Bassinbäder 25 und 28° R. und der gewöhnlichen Bäder 28° R. Zur Bereitung der Mutterlaugen-Salzbäder und der Moorbäder wird das Mineralsalzwasser verwandt. Körpertemperatur, Puls und Athmung wurden vor dem Bade, oft gegen Ende des Bades, und immer gleich nach dem Bade bestimmt. Die Körpertemperatur wurde in allen Fällen in axilla und in recto unter den entsprechenden Vorsichtsmaassregeln gemessen. Im Ganzen sind ausgeführt worden: Beobachtungen der Körpertemperatur — 91, über Puls und Athmung — 128 Selbstbeobachtungen und 64 Beobachtungen an Soldaten. Als Resultat meiner Beobachtungen über Körpertemperatur habe ich folgende mittlere Zahlen erhalten:

Zahl der Beobachtungen.	Bäder.	Temperatur der Bäder R°.	Temperatur des Körpers.																								Temperaturunterschied zwischen Axilla u. Rectum					
			Zu Ende des Bade.						12′—15′ nach dem Bade.																				
			Axilla.						Axilla.						Rectum.						Vor d. Bade.			Nach d. Bade		
			+			—			+			—			+			—								
			Max.	Min.	Mittel.	Max.	Min.	Mittel.	Max.	Min.	Mittel.	Max.	Min.	Mittel.	Max.	Min.	Mittel.	Max.	Min.	Mittel.	Max.	Min.	Mittel.	Max.	Min.	Mittel.
11	Mutterlaugensalzbäder.	28°							0,3	0,0	0,23							0,4	0,0	0,2	0.5	0,2	0,36	0,4	0,0	0,14
11 u. 13	Salzbäder	28°	0,7	0,0	0,41				0,3	0,0	0,18							0,4	0,0	0,27	0,5	0.3	0,37	0,3	0,0	0,17
10	Bassinbäder	28°	1,0	0,2	0,61				0,5	0,4	0,25				0,6	0,2	0,31				0 5	0,2	0,38	0,5	0,1	0,37
8	Gewöhnliche Bäder	28°										0,5	0,1	0,28				0,3	0,0	0,2	0,6	0,2	0,36	0,7	0,3	0,48
27	Salzbäder	26° 27°										0,6	0,0	0,28				0,8	0,0	0,34	0,8	0,1	0,45	0,7	0,0	0,35
11	Bassinbäder	25°										0,8	0,0	0,44				0,8	0,0	0,54	0,7	0,3	0,42	0,7	0,2	0,41

Aus dieser Tabelle ist ersichtlich, dass unter dem Einfluss verschiedener Salz-Mineralbäder von 28° R. *Erhöhung der Axillar- und Erniedrigung der Rectaltemperatur* stattfindet, mit Ausnahme der Bassinbäder, welche auch die Rectaltemperatur erhöhen. Dagegen rufen gewöhnliche Bäder von gleicher Temperatur *Erniedrigung sowohl der Axillar-, als auch der Rectaltemperatur hervor, erstere in stärkerem Grade herabsetzend als die letztere.* Bäder hingegen von weniger als 28° R. *setzen die Axillar- und Rectaltemperatur herab, letztere mehr als die erstere, — im Gegensatze zu den gewöhnlichen Bädern.*

Dieser Unterschied in der Wirkung der Mineralbäder und gewöhnlichen Bäder ist abhängig vom Salzgehalt und den übrigen im Mineralwasser enthaltenen Bestandtheilen. Das Salz durchtränkt die Epidermis, reizt die Haut, ruft Blutzufluss zu derselben hervor, und verringert die Quantität des letzteren in den inneren Organen. Bestätigt wird diese Ansicht durch die Versuche von Winternitz, die er mit gewöhnlichen Bädern, verbunden mit mechanischer Reizung der Haut, anstellte, und durch die Untersuchungen von Heidenhain, Röhrig, Naumann u. A. über den Einfluss der Reizung der Haut und der sensiblen Nerven auf die Blutvertheilung im Körper. Da aber die Quantität reizender Substanzen in den verschiedenen Bädern nicht die gleiche ist, so zeigen die Veränderungen der Körpertemperatur auch einige Unterschiede. So wird durch die Mutterlaugensalzbäder, die weit mehr Salz enthalten, als die gewöhnlichen Salzbäder, die Axillartemperatur mehr erhöht als durch die letzteren, welche folglich also die Haut weit weniger irritiren. Bei ersteren bleibt in der Hälfte der Fälle die Rectaltemperatur unverändert, in den übrigen Fällen wird sie unbedeutend erniedrigt. Da nun bei diesen Bädern, in Folge der bedeutenderen Hauthyperämie auch ein grösserer Wärmeverlust stattfindet, als bei den Salzbädern, und die Abkühlung der inneren Organe dennoch nicht bedeutend ist, so muss man annehmen, *dass bei den Mutterlaugensalzbädern erhöhte Wärmebildung stattfindet.* Für diese Ansicht sprechen auch die Untersuchungen von Röhrig und Zunz an Kaninchen, bei denen gefunden wurde, dass im Salzbade mehr Kohlenstoff verbraucht und mehr Kohlensäure ausgeschieden wird, und dass mit Concentration des Bades dieser Mehrverbrauch zunimmt. In den Bassinbädern von 28° R. wird in Folge der starken Muskelbewegungen eine beträchtliche Wärmemenge producirt und durch die Reibung der sich bewegenden Flüssigkeit die Haut stärker gereizt, und daher *ist die Axillartemperatur stärker erhöht, als bei allen anderen Bädern und die Rectaltemperatur nicht nur nicht erniedrigt, sondern sogar im Gegentheil beträchtlich erhöht.* Durch die reizende Wirkung des Salzes auf die Haut des Badenden erklären sich auch die Besonderheiten in der Wirkung der abkühlenden Mineralbäder auf die Körpertemperatur. Hier findet auch Blutzufluss zur Haut statt, und in Folge dessen sind die Bedingungen zur Abkühlung des Blutes günstiger, als bei gewöhnlichen Bädern, *daher ist die Abkühlung eine beträchtlichere und äussert sich insbesondere in der Temperatur des Rectum.* Unter dem Einfluss eines gewöhnlichen kalten Bades contrahiren sich die Hautgefässe, und es findet Blutzufluss zu den inneren Organen statt. Ein

[1] Diese Bäder sind Bassins von 18 Arsch. Länge, 10 Arsch. Breite und 2³/₄ Arsch. Tiefe, die bequem 100 Menschen fassen, welche während des Bades sich in Bewegung befinden.

[2] Mutterlauge wird in Staraja Russa das durch Verdampfen gewonnene Mineralwasser genannt.

Bassinbad von 25° R. kühlt den Körper weit mehr ab, als andere Bäder, da Dank den Bewegungen des Kranken im Bade immer neue Schichten Wasser mit der Körperoberfläche in Berührung kommen, und daher die Abkühlung des Blutes in den Hautgefässen energischer von statten geht. Der Temperaturunterschied zwischen Rectum und Axilla ist nach einem Mineralbade immer geringer, als vorher, während bei gewöhnlichem Bade das Umgekehrte stattfindet, d. h. der Unterschied ist nach dem Bade grösser, als vorher.

Unter dem Einfluss der Moorbäder ändert sich die Körpertemperatur in etwas anderer Art, als bei Salzbädern von gleicher Temperatur.

Die von mir gewonnenen Mittelzahlen sind folgende:

Zahl der Beobachtungen.	Bäder.	Temperatur der Bäder R°.	Temperatur des Körpers.																		Temperaturunterschied zwischen Axilla u. Rectum					
			Zu Ende des Bades.						12′—15′ nach dem Bade.																	
			Axilla.			Rectum.			Axilla.						Rectum.						Vor d. Bade.			Nach d. Bade		
			Max.	Min.	Mittel.	Max.	Min.	Mittel.	Max.	Min.	Mittel.	Max.	Min.	Mittel.	Max.	Min.	Mittel.	Max.	Min.	Mittel.	Max.	Min.	Mittel.	Max.	Min.	Mittel.
			+			+			+			—			+			—								
10	Moorbäder	31°-32°	2,4	1,3	1,75	1,8	0,8	1,29	2,1	1,1	1.47				1,4	0,5	0,9				0,4	0,3	0,36	0,3	0,1	0,21
11	Starke Moorbäder	28°							0,3	0,0	0,18							0,1	0,0	0,1	0,7	0,2	0,36	0,6	0,1	0,2
11 u. 11	Schwache Moorbäder	28°	0,7	0,0	0,42				0,3	0,0	0,21							0,5	0,0	0,28	0,4	0,3	0,35	0,4	0,0	0,24

Unter dem Einfluss starker Moorbäder vor 28° R. erhöhte sich also im Mittel die Axillartemperatur um ebenso viel, wie bei Salzbädern gleicher Temperatur, in der Mehrzahl der Fälle blieb dabei die Rectaltemperatur unverändert, oder wurde unbedeutend erhöht, und nur 5 Mal erhielt ich eine geringe Erniedrigung derselben (0,1° C.). Folglich kommt bei diesen Bädern ein ebensolcher Blutzufluss in die Haut zu Stande, wie bei den Salzbädern, während eine Abkühlung des Blutes, wie bei den Salzbädern, nicht stattfindet, *was von dem geringeren Wärmeverlust in den Moorbädern abhängt.* Der geringere Wärmeverlust hängt aber davon ab, dass der Körper sich mit einer Moorschicht bedeckt, welche wegen ihres geringen Wärmeleitungs- und Aufnahmevermögens denselben vor Abkühlung schützt. Uebrigens soll die hautreizende Wirkung der Moorbäder nach der allgemeinen Ansicht und nach den Untersuchungen von Jacob geringer sein, als bei den Salzbädern; doch waren unsere Bäder dünnflüssiger als die Jacob'schen, und enthielten ausserdem eine bedeutende Menge Mutterlauge, und die mildernde Wirkung des Moores drückte sich daher nur in einer Herabsetzung der Hautreizung aus bis zu einem Grade, wie er bei den Salzbädern beobachtet wird.

Bei den schwachen Moorbädern hingegen war die Erhöhung der Axillartemperatur ein wenig grösser, als bei den Salzbädern, die Herabsetzung der Rectaltemperatur war hingegen die gleiche; was scheinbar den allgemeinen Annahmen über die Moorbäder direct widerspricht. Die Sache ist die, dass in diese Bäder verhältnissmässig wenig Moor gethan wird, und in Folge dessen die auf der Haut sich absetzende Schicht zu geringfügig ist, um die Haut vor Abkühlung und Reizung zu schützen; letztere ist aber in diesen Bädern bedeutender, als in den Salzbädern, weil gleichzeitig mit dem Moor diesen Bädern hautreizende Substanzen zugemischt werden. In Bezug auf hautreizende Wirkung stehen die schwachen Moorbäder in der Mitte zwischen den Mutterlaugensalz- und Salzbädern.

Auf die Veränderung der Körpertemperatur bei den starken Moorbädern kann auch die adstringirende Wirkung des Moores auf die Haut von Bedeutung sein, welche von einigen Balneologen (Lehmann, Jacob, Fellner) wegen des Gehalts an Eisensalzen im Moor angenommen wird. Dank dieser Eigenschaft des Moors wird natürlich der Blutzufluss zur Haut, der durch die Reizung bedingt ist begrenzt, und die Axillartemperatur wird nicht proportional der Reizung erhöht sein; und so sehen wir auch bei den starken Moorbädern eine Erhöhung der Axillartemperatur, die gleich ist derjenigen bei den Salzbädern, obgleich die Fähigkeit der ersteren, eine reizende Wirkung auszuüben, wahrscheinlich eine grössere ist, als die der letzteren. Die Balneologen, die eine adstringirende Wirkung des Moores annehmen, sprechen die Ansicht aus, dass das durch die Reizung zur Haut hingelenkte Blut in das Unterhautgewebe abströmt, d. h. dass eine collaterale Fluxion zu letzterem hin stattfindet. Wenn das richtig ist, und ich bin sehr geneigt mich dieser Ansicht anzuschliessen, so wird die bedeutende Schweissabsonderung bei den Moorbädern, welche diejenige bei anderen Bädern von gleicher Temperatur übersteigt, vollkommen erklärt. Aus der Anatomie ist es bekannt, dass die Schweissdrüsen sich im Unterhautbindegewebe befinden; folglich, wenn zum letzteren Fluxion des Blutes stattfindet, so erhalten die Schweissdrüsen auch mehr Blut und verstärkter Blutgehalt eines Organs führt zu erhöhter Thätigkeit desselben. Doch kann es auch sein, dass in den Moorbädern eine stärkere Anregung der Innervation der Schweissdrüsen stattfindet (dieselbe wurde von Luchsinger und Nawrotzki nachgewiesen), da unter dem Einfluss dieser Bäder verschiedenartige Zufälle seitens des Nervensystems zu Stande kommen, die wahrscheinlich durch Einathmung von diesen Bädern entströmenden Gasen veranlasst sind. Bei Moorbädern von 31°—32° R. findet, wie wir sehen, eine bedeutende Erwärmung des Körpers statt, wobei die periphere Temperatur die Rectaltemperatur übersteigt, sowohl im Bade, als auch nach dem Bade. Ob heisse Moorbäder die Körpertemperatur weniger erhöhen, als gewöhnliche und Salzbäder von gleicher Temperatur, wie Jacob, Valentiner u. A. annehmen, vermag ich nicht anzugeben, da ich über keine Paralleluntersuchungen verfüge; die von mir gefundenen Literaturangaben geben keinen sicheren Anhaltspunct. Nach theoretischer Erwägung und auf Grundlage persönlicher Erfahrung (während 6-jährigen Curgebrauchs gegen Rheumatismus habe ich die verschiedenartigsten heissen Bäder in Anwendung gezogen) glaube ich jedoch, dass Jacob und Valentiner Recht haben.

Und so sehen wir, dass die Mineralwasserbäder von Staraja Russa, dank ihrem Gehalt an Salz und anderen reizenden Substanzen, *Blutfluxion zur Körperoberfläche, Blutabfluss von den inneren Organen hervorrufen, und die Hautperspiration begünstigen.* Da aber das Salz, die Epidermis durchtränkend, an der Haut haften bleibt, so *sind die Reizung und die durch dieselbe bewirkten Folgen continuirlich* während der ganzen Zeit der Badecur. Die hohe Lufttemperatur im Sommer aber leistet diesem Einfluss der Bäder Vorschub. (Fortsetzung folgt).

Referate.

W. Swjatlowsky: Skizze der Sanitätsverhältnisse der beim Bau der Msta-Brücke beschäftigten Arbeiter. (Wratsch № 37 und № 39.)

Da bisher über die Sanitätsverhältnisse der Arbeiter in Russland nur äusserst wenig Mittheilungen in der med. Literatur zu finden sind, hält Verf. es für richtig auch seine wenngleich nur kurzen Beobachtungen mitzutheilen, die er als Arzt beim Bau der c. 180 Werst von Petersburg auf der Nicolai-Eisenbahn über die Msta führende Brücke gemacht. Die Gegend (Nowgorod. Gouv.) charakterisirt sich durch Sümpfe und Wälder, das Klima ist rauh und zeichnet sich durch scharfe Uebergänge aus. — Für die Arbeiter waren 2 Hospitäler zu 20—25 Betten eingerichtet, doch zeichneten sie sich durch Primitivität aus. In den Krankenzimmern kamen auf jeden Patienten 1½ Cubikfaden Luft! Noch schlechter waren die Verhältnisse der Arbeiterwohnungen; dieselben bestanden aus Erdhütten, die bei 10—15 Cubikfaden Raum bis 30 Arbeiter aufnehmen mussten und sich durch Mangel an Ventilation und Reinlichkeit auszeichneten. Die Zahl der Arbeiter betrug im Winter c. 500, im Sommer stieg sie bedeutend. Die Arbeitszeit betrug durchschnittlich 12—14 Stunden, stieg dazwischen jedoch bis 18 Stunden.

In Verlaufe von 7 Monaten hat Verf. in beiden Hospitälern zusammen 316 Kranke behandelt, unter denen das Hauptcontingent die Erdarbeiter bildeten, die vorherrschend an Scorbut und Durchfällen litten, während bei den Steinarbeitern Lungenaffectionen und Augenleiden prävalirten. Chirurgische Kranke hatte Verf. 29, darunter 16 Fracturen, 8 Luxationen und 5 Verletzungen. — An Operationen wurden 4 Amputationen und 1 Exarticulation ausgeführt und trat in allen Fällen Heilung ein.

Der Schluss, zu dem Verf. kommt, lautet dahin, dass die Sanitätsverhältnisse äusserst ungenügend beschaffen und Alles darauf hinaus lief, die Arbeiter möglichst zu exploitiren, während für ihre Bedürfnisse wenig gesorgt wurde. P.

J. Widder: Ueber Iritis syphilitica mit Rücksicht auf ihr Verhalten zur allgemein luetischen Diathese. (Archiv für Ophthalmologie Bd. XXVII, Heft 2.)

Die specifischen Erkrankungsformen des Auges sind Localmanifestationen der constitutionellen Syphilis ebenso wie alle die anderen an verschiedenen Körpertheilen sich localisirenden Producte. Wie mit der Syphilis andere Krankheiten in verschiedenen Organen gleichzeitig als vollständig von der Syphilis unabhängige Processe einhergehen können, so darf das Vorkommen einer gemeinen Iritis bei bestehender Syphilis nicht unberücksichtigt bleiben und zwar muss dieses um so mehr im Auge behalten werden als es kein locales Symptom und keine Combination von localen Krankheitserscheinungen giebt, welche eine gegebene Iritis zur syphilitischen stempeln liessen. Die specifische Iritis kann in der idiopatischen Iritis immer ihre Analogie finden und müssen bei der Diagnose ersterer die Allgemeinerscheinungen mit ihren anderweitigen Producten stets die eingehendste Berücksichtigung finden. — Während man früher die specifische Iritis als ein Symptom der tertiären Lues ansah, wird die einfache syphilitische Iritis jetzt als die häufigste Begleiterin der secundär syphilitischen Processe betrachtet, ja bisweilen tritt sie als erste der secundären Erscheinungen auf, wobei alle übrigen ihr sehr schnell nachfolgen. Verf. hat drei derartige Fälle beobachtet und in keinem derselben betrug die Zeit zwischem dem Auftreten der Iritis und der darauf folgenden Syphiliden mehr als 12 Tage. Nur in äusserst seltenen Fällen tritt specifische Iritis in der tertiären Periode der Syphilis auf. Verf. erblickt in der allergrössten Mehrzahl dieser verspäteten Iritiden keine echten luetischen Processe sondern betrachtet dieselben als Iritiden in einem syphilitischen oder syphilitisch gewesenen Individuum. Für einen Theil dieser Fälle ist der Ursprung der Entzündungsform in eine frühere Zeit zurückzuverlegen; so können z. B. alte Synechien die Ursache für diese Iritisform abgeben, im Uebrigen sieht Verf. in den sich zur tertiären Periode der Syphilis hinzugesellenden Iritiden den Ausdruck der durch die Lues bedingten Cachexie. Diese Iritiden treten wie auch die in anderen marastischen Zuständen zur Beobachtung kommenden in der chronischen Form auf. Die Antisyphilica (Hg. und Jod) sind in einer nicht geringen Anzahl dieser Fälle unwirksam, ja zuweilen tritt dabei bei ausschliesslichem Quecksilbergebrauch Verschlimmerung ein. Die bei Iritis specifica durchaus nicht häufig (in 17,8 %) auftretenden Irisknötchen (Condylome, Nodi, Gummata etc.), welche bis jetzt noch von vielen Autoren als Product der tertiären Syphilis aufgefasst werden, betrachtet Verf. als einen sich durch Bildung eines specifischen Productes documentirenden Steigerungsprocess der einfachen specifischen Iritis. Die mit Knotenbildung einhergehende specifische Iritis wie auch die ohne solche verlaufende einfache syphilitische Iritis sind Localmanifestationen der *Frühphase der Syphilis*, das knotenförmige Product selbst nur ein den anderweitigen secundär-luetischen Producten analoges. — Verf. spricht genannte Irisknoten nicht wie es meist bisher geschieht für Gummata, sondern für syphilitische *Papeln* an und nennt die mit Knotenbildung einhergehende specifische Iritis nicht Iritis gummosa sondern *papulosa*. — Dieser Iritis papulosa gegenüber, deren Product die Papel, ein rein entzündliches, stark gefässreiches, niemals verkäsendes, ohne Narbenbildung zur Resorption kommendes ist, statuirt Verf. das wahre *Gumma iridis*. Dieses ist eine nicht entzündliche, gefässlose, torpide, in Verkäsung übergehende Neubildung, welche nach ihrem Schwunde immer Narben hinterlässt und ausschliesslich dem tertiären, gummosen Stadium der syphilitischen Allgemeinerkrankung angehört. Dieses wahre Gumma iridis ist eine sehr seltene Erkrankung der Iris und muss von der im secundären, condylomatösen Stadium der Lues auftretenden Iritis papulosa scharf getrennt werden. Das während der Iritis idiophatica, luetica und papulosa zuweilen zu beobachtende gelatinöse Exsudat in der vorderen Kammer sieht Verf. als Gerinnungsproduct des in seinem Chemismus alterirten Kammerwasser's an. Lange.

Bücher-Anzeigen und Besprechunpen.

G. M. Beard: Die Nervenschwäche (Neurasthenia), ihre Symptome, Natur, Folgezustände und Behandlung. II. Aufl. übers. von M. Neisser, Leipzig F. C. W. Vogel 1881. VIII, 178.

Verf. hat in diesem vortrefflichen Buche den ersten und auch gelungenen Versuch gemacht, ein, besonders in den Vereinigten Staaten Nordamerika's aber auch oft in Europa vorkommendes Leiden genau zu beschreiben, zu klassificiren und die verschiedenen Symptome desselben in ein typisches Bild zu vereinigen, ein Leiden, das bisher als «allgemeine Schwäche», «Erschöpfung der Nerven», «Nerven- oder Rückenschwäche, Spinalirritation», «nervöse Dyspepsie», «Oxalurie», «Gehirn- und Rückenmarksanämie oder -Hyperämie» u. s. w. aufgefasst wurde. Die Neurasthenie ist ebenso vielgestaltig wie die Hysterie, aber von ihr vollkommen geschieden und desshalb sehr schwer kurz zu schildern.

Symptomatologie. Erhöhte Empfindlichkeit der Kopfhaut (Irritatio cerebralis, cerebrasthenia); hierbei besteht, ähnlich der bei der Irritatio spinalis vorkommenden Empfindlichkeit des ganzen Rückgrats oder nur eines Theils desselben, auch eine allgemeine oder nur theilweise Empfindlichkeit der Kopfhaut; sie ist durchaus peripherischer Natur und von einer Reizung der Occipital- und anderen Kopfnerven bedingt. Diese Empfindlichkeit ist flüchtiger und unbeständiger Natur und wird durch Aufregungen, geistige Anstrengungen, Wärme, schlechte Luft, starke Sinnesreize u. s. w. hervorgerufen.

Sehr häufig werden bei der Neurasthenie *breite Pupillen, rasch auf einander folgende Schwankungen in der Pupillenweite, zeitweilige Ungleichheit der Pupillen, Migraine* und andere Formen von *Kopfweh, Druck und Schmerz im Nacken, Gefühl von Leichtigkeit oder Leere im Kopfe*, häufig *wechselnder Gesichtsausdruck* und *passive Hyperämie der Conjunctivae* beobachtet.

Oft wird eine rein symptomatische, von keiner Accomodationsoder Muskelstörung abhängige *Asthenopie* beobachtet, welche sehr hartnäckig und schmerzhaft ist, anfallsweise (halbe Stunden, Monate, Jahre lang) auftritt und mit Sehschwäche und Druckempfindlichkeit der Augen verbunden ist.

Mouches volantes, sowie auch die verschiedenen Formen von krankhafter Angst treten oft auf; von letzteren sind zu nennen die *Agoraphobie* Westphals (Furcht vor leeren Räumen). Die *Claustrophobie* von Ball (Furcht vor geschlossenen Räumen), *Anthropophobie* (Furcht vor Umgang mit Menschen), *Monophobie* (Furcht vor dem Alleinsein), *Pathophobie* (Furcht vor Krankheiten), etc. etc. Diese verschiedenen Formen der Furcht haben nach Beard den hohen diagnostischen Werth, dass sie selbst in den frühesten Stadien organischer Krankheiten des Nervensystems nicht vorkommen (?), treten anfallsweise auf und werden oft von *Schwindel* und cerebraler, sowie spinaler Asthenie begleitet.

Ferner erscheinen bei der Neurasthenie *fliegende Hitze, Unbehagen in den Gliedern, leichtes Erröthen, mangelnder oder unterbrochener Schlaf, Schläfrigkeit.* Ein pathognomisches Zeichen stellt ferner eine *erhöhte Empfindlichkeit der Zähne und Gaumen* bei verschiedenen Reizen dar, ohne dass diese Organe krank wären. Die *nervöse Dyspepsie* besteht darin, dass die Kranken sich bei nüchternem Magen schlechter fühlen, als bei vollem und weicht leichter einer elektrischen und tonisirenden Behandlung, als direct auf den Magen wirkenden Mitteln.

Ferner sind pathognomonisch eine *ungewöhnliche Verminderung des Durstes*, Verlangen nach narcotischen und reizenden Stoffen, abnorme Trockenheit der Haut, der Schleimhäute und der Gelenke, Hand- und Fussschweisse, Empfindlichkeit des Rückgrats oder des ganzen Körpers, Schwere im Kreuz und den Gliedern, schiessende Schmerzen sowie Parästhesien in den Extremitäten, Zittern, unregelmässiger Puls, Herzpalpitationen, locale Muskelkrämpfe oder fibrilläre Zuckungen, Dysphagie. Die Kranken werden unmittelbar vor dem Einschlafen von plötzlichen Zuckungen in den Beinen und Armen oder im ganzen Körper befallen, welche sich wiederholen und am Einschlafen hindern.

Besondere Idiosynkrasieen gegen Speisen, Arzneien und äussere Reize, grosse Empfänglichkeit für Witterungswechsel, locale Anästhesien und Hyperästhesieen, allgemeines Schwächegefühl, vage Schmerzen und Neuralgien, allgemeines oder stellweises Zucken, Kältegefühl in den Extremitäten, Rücken oder anderen Körpertheilen, vorübergehende functionelle Lähmungen, Oxalurie und Phosphaturie, häufiges Gähnen, rasche Verderbniss der Zähne. Reizbarkeit der Genitalien, Pollutionen, Samenfluss, totale und zeitweilige Impotenz.

Das Aussehen der Neurastheniker ist in der grossen Mehrzahl der Fälle ein sehr frisches, ungeachtet des Alters und leben solche Kranke sehr lange. Zuweilen treten die Symptome des Leidens halbseitig oder nur an einzelnen Körpertheilen auf.

Alter. Die Krankheit tritt meist zwischen dem 15. und 16. und dem 40.—50. Lebensjahre auf, was auf einen Connex mit der Geschlechtssphäre hinweist. Die *Constitution* der Kranken ist gewöhnlich eine blühende.

Selbstverständlich sind nicht alle angeführten Symptome gleichzeitig vorhanden, sondern localisiren sich oft in einzelnen Organen. Im Allgemeinen ist aber der *Verlauf* folgender: Die ersten Zeichen treten in der Kindheit auf, vor oder gleich nach dem Erscheinen der Pubertät, gewöhnlich zeigt sich Migraine, dann sieht man Hypochondrie und geschlechtliche Erregung. Später treten Schlaflosigkeit, Congestionen zum Gehirn, Asthenopie und andere Sinnesstörungen auf. Die nervöse Dyspepsie kann mehrere Jahre bestehen, bevor Zeichen einer Affection des Rückenmarks bemerkbar werden.

Diagnose. Das Charakteristicum der neurasthenischen Symptome ist ihre Flüchtigkeit; manche derselben, wie allgemeiner oder localer Pruritus (ohne örtliche Ursachen), Empfindlichkeit der Kopfhaut, der Zähne und der Gaumen, das leichte Erröthen, die Unruhe in den Gliedern, zitternder Puls ohne Herzkrankheit, Migraine, Asthenopie, Idiosynkrasien, krankhafte Furcht kommen bei organischen Nervenkrankheiten sehr selten vor. Von der *Anämie* unterscheidet sich die *Neurasthenie* durch Folgendes: Sie beruht auf einer «nervösen» Diathese und auf keiner organischen Erkrankung, der Puls ist voll, die Haut nicht bleich, der Kranke ermüdet ohne jegliche Anstrengung, leichter nach geistiger, als nach körperlicher Arbeit, leidet oft an Schlaflosigkeit: sie kommt bei beiden Geschlechtern ungefähr gleich oft, im Ganzen aber bei Männern häufiger vor und weicht langsam unter Anwendung von Nervenmitteln, wie Elektricität, Strychnin, Zink, Fette u. s. w. Von der *Hysterie* unterscheidet sich die *Neurasthenie* durch Mangel an krampfhaften Symptomen, des Globus, der Anästhesie der Epiglottis. Die Ovarialhyperästhesie ist viel weniger deutlich, die psychischen Functionen sind geregelt, sehr häufig bei Männern bei allgemeiner Schwäche. Von der *Syphilis* kann die *Neurasthenie* unter Umständen, wenn sich Schwächezustände, Zucken, Zittern, Sinnesstörungen, zeitweilige Impotenz einstellen, schwer zu unterscheiden sein, es ist dann eine längere Beobachtung des Verlaufes der Krankheit und eine versuchsweise angestellte antisyphilitische Behandlung nothwendig.

Differentialdiagnose zwischen *Cerebrasthenie* (Erschöpfung des Gehirns) und *Myelasthenie* (Erschöpfung des Rückenmarks). Die Symptome der ersten Affection sind folgende: Empfindlichkeit der Kopfhaut, Gefühl von Völle in Schädel und Ohren, Sinnesstörungen, Empfindlichkeit der Zähne und der Gaumen, verminderter Durst, Hang zu narcotischen und Reizmitteln, Gähnen, Kopfcongestionen, Injection der Conjunctiven, krankhafte Furcht, Gedächtnissschwäche und Gedankenflucht, deprimirte Stimmung. Die Empfindlichkeit der Kopfhaut, das Zucken, Mouches volantes, Nackenschmerz kommen übrigens auch bei der *Myelasthenie* vor. Diese zeigt Krämpfe oder fibrilläre Zuckungen in den Muskeln, örtliches Wärme- oder Kältegefühl, Zucken in den Beinen vor dem Einschlafen, Schwäche der Genitalien, Wirbelschmerzen, Incontinenz des Harns, Blasenparese, Oppressionsgefühl in der Brust, Schwerfälligkeit der Muskelbewegungen, Neigung zu Erkältung, zu trockene oder zu leicht schwitzende Haut, Trockenheit der Gelenke und Mydriasis.

Die Bewegungen der Extremitäten sind bei der Myelasthenie ermüdend und erschwert und, wenn länger fortgesetzt, schädlich, während bei der Cerebrasthenie dauernde und starke Muskelanstrengungen sehr gut vertragen und zum Bedürfniss werden, ein Umstand, der bei der Behandlung dieser beiden Formen sehr zu berücksichtigen ist.

Als *Folgezustände* der Neurasthenie können auftreten: Melancholie, Hysterie und Hysteroepilepsie, Neuralgien, Alcoholismus und Opiumsucht, Geschlechtskrankheiten, Schreibekrampf, ekstatische Zustände, Mb. Basedowii, Nierenhyperämie mit Albuminurie, Heufieber, vorübergehende Lähmungen.

Das *Wesen* der Neurasthenie besteht in einer Verarmung der Nervenkraft und einem excessiven Verbrauche des Nervengewebes, ihre Symptome entstehen durch Reflexreizungen, welche nicht nur durch die motorischen und sensiblen Nerven, sondern auch durch den Sympathicus und die vasomotorischen Nerven ausgelöst werden. Am meisten fluctuirt die Blutcirculation, was besonders gut am Auge zu demonstriren ist.

Die *Prognose* ist im Ganzen günstig, und muss selbstverständlich die Krankheit richtig und früh erkannt und dabei auch die Möglichkeit einer Vererbung berücksichtigt werden.

Die *Therapie* muss gleichzeitig eine allgemeine und eine örtliche sein; erstere muss sowohl in geistiger, als in körperlicher Beziehung tonisirend sein, sehr fettreiche Kost, sowie geistige Beschäftigung sind sehr anzuempfehlen. Ergotin in grossen Gaben wirkt besonders gut bei Hyperämie des Gehirns und des Rückenmarks, Migraine, Reizzuständen der Prostata und Spermatorrhoe. Arsen, Cannabis indica, Coffein sind gleichfalls sehr wirksam; gegen Hyperhydrosis giebt Beard Duboisin, als Sedativum besonders bei Chorea folgende Formel: Rp. Zinci bromati, Zinci valerian, Zinci oxydati aa 0,065, Zinci phosphoric. 0,03. M. f. pilula una. Die Brompräparate sind wie bei anderen Nervenkankheiten, so auch bei der Neurasthenie von wesentlichem Nutzen, müssen aber in grossen Dosen zu 2 0—4,0 in viel Wasser pro dosi gereicht werden. Die Narcotica, wie Opium, Morphium und Chloral sind wegen des allzuleicht mit ihnen Seitens der Kranken getriebnen Missbrauchs nur mit Vorsicht zu brauchen. Als äussere, ableitende Mittel sind Elektricität, Wassercuren, Massage und Gegenreize zu empfehlen. Reisen, Bewohnen von klimatischen Curorten sind auch sehr nützlich. Hz.

Russische medicinische Literatur.

№ 279. Annalen der chirurgischen Gesellschaft in Moskau. № 16.
Inhalt: a) M. Uspenski: Ein Fall von hysterischer Taubheit nach beiderseitiger eitriger Otitis.
b) G. Markonet: Plötzlicher Tod bei oberflächlicher ausgebreiteter Verbrennung.
c) N. Sklifassowski: Ueber Hernien nach Ovariotomien.
d) G. Markonet: Ueber Cerebrospinal-Meningitis in Moskau.

№ 280. P. Sagorski: Die Mortalität in St. Petersburg im Jahre 1879. (Separatabdruck aus dem Sbornik des Med. Departements 1881.)

№ 281. Wratsch. № 46.
Inhalt: a) J. Sharnowski: Anthrax beim Menschen und dessen rationelle Behandlung.
b) N. Weljaminow: 21 Fälle von Unterbindung der Art. carotis communis. (Schluss.)
c) J. Lwow: Zur Aetiologie der Placenta praevia. (Forts.)
d) S. Molodenkow: Ein Fall von ungewöhnlich schweren Verletzungen mit günstigem Ausgange.
e) N. Parfianowitsch: Abscess am Bauche.
f) J. Tschernychow: Eine Pockenepidemie bei den Turkmenen.

№ 282. Wratschebnija Wedomosti. № 44.
Inhalt: a) M. Reich: Die Sehschärfe in den Lehranstalten Russlands. (Schluss.)
b) Putilow: Ueber die Ausdehnung der Schleimhautoberfläche am Kopfe und Halse.

№ 283. Klinitscheskaja Gaseta № 33.
Inhalt: a) S. Wassiljew: Die Stickstoffmetamorphose bei typhösen Fiebern. (Aus der Klinik des Prof. Botkin.)
b) N. Ssokolow: Therapeutische Anwendung des Thones bei einigen Herz- und Gefäss-Neurosen.
c) A. Bjelzow: Ein Fall von Luxation des rechten Armes im Schultergelenk bei Sarcom desselben.
d) A. Döppner: Material zur Geschichte der Wetljanka-Pest. (Forts.)

№ 284. Wojenno-Sanitarnoje Djelo № 29.
Inhalt: A. Rasbirajew: Bemerkungen betreffend die Rekrutenaushebung. (Schluss.)

№ 285. Archiv (Sbornik) für gerichtliche Medicin und Psychiatrie, med. Polizei, Hygieine, Epidemiologie, Geographie und Statistik, herausgegeben vom Medicinal-Departememt 1881, Bd. II.
Inhalt: a) J. Schirwindt: Wurden die Körperverletzungen kurz vor dem Tode oder bereits vor 16 Tagen zugefügt?
b) Prof. Dobroslawin: Ueber die Verpflegung der Gefängnissbevölkerung.
c) Fridolin: Materialien zur medicinischen Gefängniss-Statistik.
d) Peskow: Ueber das Sanitätswesen in Russland überhaupt und speciell das Verhältniss der Moskauschen Landschaft zu demselben.
e) F. Sperck: Medicinisch-topographische Beschreibung des Amurgebiets. (Forts.)
f) F. Maassmann: Bericht über das Gebärasyl auf Wassilij-Ostrow.
g) P. Sagorski: Die Mortalität in St. Petersburg im Jahre 1879.

№ 275. **Tageblatt der Gesellschaft Kasanscher Aerzte** 1881, № 17 und 18.
Inhalt: a) P. Kusnezki: Zur Casuistik der Hysterotomieen. (№ 17.)
b) Sitzungsprotokoll der Jahresversammlung der Gesellsch. Kasanscher Aerzte am 14. September 1881 (№ 18.)
c) N. Ljubimow: Fibromyoma cystoides. (№ 18.)

№ 287. **Wojenno-Medicinski Journal.** October-Heft 1881.
Inhalt: a) A. Ssudakow: Ueber die Verdauung gemischter vegetabilischer Kost.
b) K. Ssokolow: Ueber die Wirkung der comprimirten Luft auf Lungenkrankheiten. (Forts.)
c) A. Iwanowski: Diagnostische Bedeutung der Schwefelthermen und Eisenquellen bei latenter Syphilis.
d) H. Schapiro: Einfluss der Schwankungen des Blutdruckes auf die Herzthätigkeit unter normalen und pathologischen Verhältnissen.
e) L. Heydenreich: Ueber die dienstunfähigen Rekruten des St. Petersburger Militärbezirks von der Aushebung des Jahres 1878.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Statistischer Bericht über die von Ostern 1878 bis Ostern 1881 ausgeführten Operationen (aus der chirurg. Klinik des Juliusspitals zu Würzburg) von Dr. Fehleisen. (Sep.-Abdr. aus dem ärztl. Intelligenzbl. 1881.)

— Die Wanderniere der Frauen von Dr. L. Landau. Mit 9 Holzschnitten. — Aug. Hirschwald. — Berlin 1881.

— Untersuchungen über die Verletzungen der Arterien des Unterschenkels und des Poplitealgebietes und deren Behandlung von Eug. Jannsen. (Inaug.-Diss.) — Darpat 1881.

— Beiträge zur Geburtshülfe, Gynäkologie und Pädiatrik. Mit 4 Tafeln und 13 Holzschnitten. — Festschrift zum 25-jährigen Jubiläum von Prof. C. S. F. Credé. — Wilh. Engelmann. — Leipzig 1881.

— Der schwarze Tod in Deutschland. Ein Beitrag zur Geschichte des 14. Jahrhunderts von Dr. R. Hoeniger. — Eugen Grosser. — Berlin 1882.

— Erfahrungen über Massage von Prof. C. Gussenbauer. (Sep.-Abdr. aus der Prager med. Wochenschrift 1881.)

— Gaceta médica catalana № 21.

— Paris médical № 46.

Tagesereignisse.

— Bei der Virchowfeier am 7. (19.) November hat Prof. B. Fränkel im Berliner Rathhaussaal die künstlerisch ausgestattete Adresse des Deutschen ärztl. Vereins und das Ehrenmitgliedsdiplom des allg. Vereins St. Petersburger Aerzte dem Gefeierten überreicht.

— Wie aus Kijew berichtet wird, giebt der Gesundheitszustand Pirogow's Grund zu ernsten Befürchtungen. Prof. Mering aus Kijew ist zu dem Kranken gereist.

— In Bonn ist der Director der dortigen chirurgischen Klinik, Prof. Dr. Busch, gestorben.

— In Folge der Ernennung des Physiologen Paul Bert zum Unterrichtsminister von Frankreich haben die Decane Würtz und Vulpian in Paris ihr Amt als solche niedergelegt. Letzterem hat die Facultät ihr tiefes Bedauern ausgesprochen. (D. med. W.)

— Die Stadtverwaltung von Odessa hat die Gage der Ordinatoren am dortigen Stadthospital von 900 auf 1100 Rbl. erhöht.

— Neulich machten wir Mittheilung über eine Feier im Berliner pathologischen Institut, welche die früheren Schüler und Assistenten Virchow's zu Ehren des 25-jährigen Professoren-Jubiläums und des 60. Geburtstages des grossen Pathologen veranstalteten und die sich durch einen rein wissenschaftlichen Charakter auszeichnete. Heute haben wir noch über zwei andere Festlichkeiten zu Ehren Virchow's zu berichten, von denen die eine freilich nicht allein dem Manne der Wissenschaft galt, sondern auch seiner vielseitigen Thätigkeit als Mitbegründer gemeinnütziger Vereine, als Mitarbeiter an der Communal-Verwaltung der Stadt Berlin, als Vertreter einer liberalen Auffassung des deutschen Staatslebens u. s. w.

Am 4. November fand auf Veranstaltung der Studirenden der Berliner Universität ein Fest-Commers zu Ehren Virchow's statt, an welchem ca. 1000 Studenten Theil nahmen und zu welchem ausser Virchow eine Anzahl Professoren der medicinischen und philosophischen Facultät geladen war. Nachdem der Commers durch einen dem Landesvater gewidmeten Salamander eröffnet worden, hielt Stud. Weissmann die Festrede. Die Studentenschaft feiere das 25-jährige Jubiläum des grossen Meisters nicht nur, weil es eine hergebrachte Sitte sei, sondern aus dem tief empfundenen Bedürfniss, um der Welt zu zeigen, dass sie stolz sei, einen Mann zu besitzen, zu welchem die ganze civilisirte Welt mit Bewunderung aufblickt, dessen unermüdlicher Forschergeist bis nach Asien hinein geehrt und gepriesen wird. Er schloss mit dem Wunsche, dass V. noch lange fortwirken möge, der Menschheit zum Heile und der Wissenschaft zur Zierde.

Hierauf erhob sich Virchow, um den Commilitonen seinen Dank auszusprechen. Er könne dieses Fest, wie auch die vorhergegangenen nicht als ein persönliches ansehen, sondern als ein dem von ihm gegründeten pathologischen Institut gewidmetes. Dann entwickelte er seine Auffassung von dem Verhältniss von Lehrer und Schüler in der Medicin. Das Berliner pathologische Institut sei das erste Institut, welches sich die Aufgabe gestellt, die alte Lehrweise zu ändern, d. h. nicht blos in dogmatischer Form Lehrsätze weiter zu tragen, sondern die Schüler selbst eingreifen zu lassen in die Anbahnung der Fortschritte der Wissenschaft. Es sei für den Lehrer und sein Wirken nothwendig, dass er sich das Bewusstsein erhalte, dass er corrigibel sei selbst durch seine Schüler. Dieses Verfahren ehre den Lehrer wie den Schüler und vermindere die Möglichkeit des Irrthums. Er bitte, dass seine Schüler in diesem Streben nach wissenschaftlicher Wahrheit und fortschreitender Erkenntniss immer den höchsten Lohn ihrer Thätigkeit finden mögen. Mit einem Hoch auf die Alma mater schloss V. seine mit lebhaftem Beifall aufgenommene Rede. Es folgten noch viele Reden und Toaste, bis das übliche «Semesterreiben» das Fest abschloss.

Am 19. November fand das letzte Virchow-Fest statt, welches einen glänzenden Kreis von Vertretern der Wissenschaft und Verehrern des Jubilars in den festlich geschmückten Räumen des Berliner Rathhauses versammelte. Beim Eintritt in den Saal wurde der Jubilar mit stürmischen Hochrufen empfangen.

Das Fest eröffnete Prof. Bastian mit einer Ansprache, an welche sich der Rechenschaftsbericht über die «Virchow-Stiftung zur Förderung wissenschaftlicher, insbesondere der Kenntniss des Menschen dienenden Forschung» durch den Staatsrath Friedel schloss, worauf die Ueberreichung der Stiftungsurkunde durch Prof. v. Langenbeck erfolgte. Die gesammelte Summe beträgt bereits über 100,000 Mark, darunter aus Holland allein, wo Donders an der Spitze des Comités stand, über 30,000 Mark, aus England 3,000 Mk., von der Berliner medicinischen Gesellschaft 3,000 Mk. Es folgten nun die Ansprachen der zahlreichen Deputationen in- und ausländischer Universitäten, medicinischer Gesellschaften und anderer wissenschaftlicher Vereine, sowie die Verlesung der Adressen und Ueberreichung von Ehrenmitglieds-Diplomen. Auch aus der Vaterstadt Virchow's — Schievelbein in Pommern — war eine Deputation erschienen, um ihn zu beglückwünschen und ihm den Beschluss der Stadt mitzutheilen, nach welchem am Geburtshause des Jubilars eine Marmortafel angebracht wird mit der Inschrift: «Hier ward am 13. October 1821 Rudolph Virchow geboren». Aus Russland waren von sämmtlichen Universitäten, der Academie der Wissenschaften, sowie vielen ärztlichen Vereinen Glückwünsche eingelaufen. Die Universitäten Kasan (als deren Vertreter Prof. Colley auf dem Feste anwesend war) und Charkow sowie der deutsche ärztliche Verein in St. Petersburg übersandten Adressen, die hiesige militär-medicinische Academie und speciell das Personal der therapeutischen Klinik des Prof. Botkin, die Redaction des «Wratsch» und die hiesige Gesellschaft russischer Aerzte Glückwunschtelegramme. Zum Ehrenmitgliede ist Virchow, so weit uns bekannt, von den Universitäten Kasan und Kiew, vom deutschen allgem. Verein St. Petersburger Aerzte, sowie von der hiesigen Gesellschaft russischer Aerzte erwählt worden.

Nach der Vorstellung sämmtlicher Deputationen bestieg der Jubilar, mit Jubel begrüsst, die Tribüne. Er glaubte für seine Person die Verdienste, die zahllos auf ihn gehäuft seien, ablehnen zu müssen. Was er wirke, leiste er der Welt und was er von denen, die vor ihm und neben ihm gewirkt in sich aufgenommen habe als treuer Verwalter, das habe er dann wieder seinen Schülern zuzuführen gesucht, die es dann wieder weiter getragen und zum Theil schon ebenbürtig mit und neben ihm arbeiten. Nur das nehme er für sich in Anspruch, dass er «keine groben Fehler» dabei gemacht habe. Nach einer kurzen Schilderung seiner Wirksamkeit als Universitätslehrer und Forscher, schloss er unter rauschendem Beifall mit dem Ausdrucke des Dankes an Alle, die ihn an diesem Ehrentage so reich geehrt hätten.

Damit endete die officielle Feier und es schloss sich nun an dieselbe ein Festmahl, das die Festgenossen noch lange in fröhlicher Stimmung vereinigte.

Miscellen.

— Die Zahl der Studirenden, welche den Cursus in der militär-medicinischen Academie in diesem Jahre absolvirt haben, beträgt nach dem «Wratsch» — 286. Von diesen hat 1 das Examen als Doctor medicinae und 187 als Aerzte bestanden. 63 (d. i. 22,6%) haben das Examen nicht beendigt, 28 (10%) erhielten unbefriedigende Urtheile, 4 unterwarfen sich keinem Examen, 2 starben und 1 trat aus der Academie aus.

— *Diphtherie nicht Diphtheritis.* Dr. Coesfeld (Barmen) unterzieht in der «D. med. Wochenschr.» 1881 № 44 in einer beachtenswerthen kleinen Abhandlung die beiden Bezeichnungen Diphtheritis und Diphtherie, für deren Gebrauch eine Uebereinstimmung im ärztlichen Publicum nicht existirt, einer Untersuchung nach philologischer Seite hin, welche von beiden Bezeichnungen eigentlich die richtige ist.

Das Wort Diphtheritis ist ohne Zweifel dem französischen Worte Diphthérite nachgeschrieben, welches Bretonneau bei Beschreibung einer von ihm beobachteten Epidemie vor der französischen Academie im J. 1821 zuerst gebrauchte und damit eine frappant richtige Bezeichnung für diese Krankheit mit den lederartigen pergamentähnlichen Membranen im Rachen aus dem Griechischen gewählt hatte,

denn διφθέρα heisst Fell, Leder, auch Pergament (nicht Haut.) Die grichische Endsilbe ῖτις ist die feminine adjectivische Form (masc. ίτης) und wird bei der Bildung des Adjectivums von einem Substantivum diesem oder vielmehr dessen Wortstamme angehängt. Das so gebildete Wort gilt beim medicinischen Gebrauch stets als Substantivum, weil hier das ergänzende ἡ νόσος weggelassen ist. Zugleich aber involvirt die Endsilbe ῖτις den Begriff, dass der durch das Hauptwort bezeichnete Theil des menschlichen Körpers sich in einem entzündlichen Zustande befindet. So ist von ἡ πλευρά die Seite — ἡ πλευρῖτις (sc. νόσος) das Seitenstechen, von ἡ μήτρα — ἡ μητρῖτις, ferner καρδῖτις, δερματῖτις u. s. w. gebildet. Da nun das Wort διφθέρα nicht zur Bezeichnung eines Theiles unseres Körpers dient, sondern nur das Aussehen des Krankheitsproductes charakterisirt, so kann von einer Entzündung der διφθέρα absolut nicht die Rede sein, und ist es daher vollkommen unstatthaft das Wort *Diphtheritis* davon zu bilden und ebenso unlogisch, von einer «*diphtheritischen*» Entzündung zu sprechen. Von διφθέρα = διφθερίς ist es nur möglich das Wort «*Diphtherie*» zu bilden und daher auch nur von einer «*diphtherischen*» Entzündung zu sprechen. Bf.

— Wir machen darauf aufmerksam, dass im December d. J. ein Congress in Washington stattfinden wird, der u. a. die Frage über die besten Prüfungsmethoden des Farbensinnes (zur obligatorischen Einführung) behandeln wird. Etwaige Vorschläge etc. sind zu adressiren: B. Joy Jeffries, Boston, 15, Chestnut Street.

Personal-Nachrichten.

Amtliche.

— *Ordensverleihungen:* Seine Majestät der Kaiser hat zu verleihen geruht:

Den *St. Wladimir-Orden IV. Cl.:* Dem Staatsrath Dr. med. Prussak, Adj.-Prof. der Kaiserlichen militär-medicinischen Academie; den Coll.-Räthen: Dr. med. Girgenson, ält. Arzt des Pleskauer Gouv.-Landschaftshospitals, und Dr. med. Tarenezki, Prosector der Kaiserlichen militär-medicinischen Academie; dem Hofrath Dr. med. Kruglewski, Ehren-Leibchirurg des Kaiserlichen Hofes und jüng. Arzt des 95. Inf.-Regiments.

Den *St. Stanislaus-Orden II. Cl.:* Dem C.-A. Dr. med. Nikitin, jüng. Arzt des 22. Inf.-Regiments und dem Nicolai-Militärhospital zu St. Petersburg zukommandirt.

— *Befördert:* Zu *Wirklichen Staatsräthen* die Staatsräthe: Dr. med. Horwitz, Prof. extraord. der Kaiserlichen militär-medicinischen Academie; Goraiski, ausseretatm. ält. Medicinalbeamte beim Medicinal Departement, und Reutski, Divisionsarzt der 11. Cav.-Division; letzterer unter gleichzeitiger auf eigenes Gesuch erfolgter Entlassung aus dem Dienst mit Uniform.

— *Bestätigt:* Wirklicher Staatsrath von Wahl, Prof. ordin. der Kaiserlichen Universität Dorpat — als Rector derselben für die Zeit von vier Jahren.

— *Enthoben:* *Auf eigenes Gesuch:* Wirkl. Staatsrath Meykow, Prof. emerit. der Kaiserlichen Universität Dorpat — seiner Stellung als Rector derselben.

Vacanzen.

— Es wird ein junger, unverheiratheter Arzt für die Goldwäschereien am Amur gesucht. Nähere Auskünfte erhält man persönlich in der Redaction des «Wratsch» Уголъ Симбирской и Воскресенской, домъ № 12, кв. 14.)

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 15. November 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	694	250	944
Alexander- «	437	151	588
Kalinkin- «	—	450	450
Peter-Paul- «	265	124	389
St. Marien-Magdalenen-Hospital	166	73	239
Marien-Hospital	298	236	534
Ausserstädtisches Hospital	211	176	387
Roshdestwensky-Hospital	46	42	88
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	343	155	498
4 zeitw. Hospitäler	677	155	832
Ausschlags-Hospital	3	9	12
Summa der Civilhospitäler	3140	1821	4961
Nikolai-Kinder-Hospital	34	51	85
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	73	88	161
Elisabeth-Kinder-Hospital	36	25	61
Summa der Kinderhospitäler	143	164	307
Nicolai-Militär-Hospital	491	22	513
Ssemenow'sches Militär-Hospital	165	—	165
Kalinkin-Marine-Hospital	321	—	321
Gesammt-Summa	4260	2007	6267
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	970	242	1212
Scarlatina	11	15	26
Variola	5	14	19
Venerische Krankheiten	683	444	1127

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 8. bis 15. November 1881 besucht von 2233 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1024.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs

für die Woche vom 1. bis 7. November 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 563 Todtgeborene 14). — Mortalität 43,7 p. M.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
333	230	563	114	28	68	12	5	27	60	57	61	51	44	26	6	4

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 12, Typh. abd. 17, Febris recurrens 15, Typhus ohne Bestimmung der Form 6, Pocken 7, Masern 3, Scharlach 8, Diphtheritis 11, Croup 3, Keuchhusten 6, Puerperalkrankheiten 2, Dysenterie 3, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 11.

— Gehirnapoplexie 8, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 19, andere Gehirnkrankheiten 16, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 20, acute Entzündung d. Athmungsorgane 85, Lungenschwindsucht 95, andere Krankheiten der Brusthöhle 16, Gastro-intestinal-Krankheiten 75, andere Krankheiten der Bauchhöhle 28, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 35, Marasmus senilis 23, Cachexia 19.

— Tod durch Zufall 6, Selbstmord 5. Mord 0.

— Andere Ursachen 9.

Von der Redaction.

Unter den Personen, welche die Redaction um Publication ihrer *Adressen als Krankenpflegerinnen* angehen, haben sich einzelne als völlig unerfahren und ungeschickt erwiesen. Um derartige unangenehme Erfahrungen den Collegen, welche die Adressen der Wochenschrift benutzen, zu ersparen, — werden wir künftig diejenigen Krankenpflegerinnen, die sich als zuverlässig bewährt haben resp. von ärztlicher Seite als *erprobt* empfohlen sind mit einem * versehen, — und solche, über welche begründete Klagen der Redaction bekannt werden, nicht mehr aufnehmen. Was die Richtigkeit der Adressen anlangt, so sind dieselben alljährlich mindestens einmal verificirt worden und zwar im December. Durch gegenwärtige Mittheilung, die nach den bisherigen Adressen ihnen per Stadtpost zugehen wird, fordern wir zugleich sämmtliche Krankenpflegerinnen unserer Liste zur erneuten Aufgabe ihrer Adressen auf, mit dem Bemerken, dass diejenigen, welche dieser Aufforderung binnen 4 Wochen nicht nachkommen, einfach aus der Liste gestrichen werden.

Nächste Sitzung d. deutschen ärztlichen Vereins, Montag den 30. November 1881.

Nächste Sitzung des allgem. Vereins St. Petersburger Aerzte, Dienstag den 24. November 1881. Zahlungstermin für die jährlichen Beiträge der Mitglieder.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 20 Ноября 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh., Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

ST. PETERSBURGER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg, Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 48. St. Petersburg, 28. November. (10. December) 1881.

N. I. PIROGOW. †

Wiederum hat der Tod ein kostbares Opfer aus den Reihen unseres Standes gefordert. Vor wenig Monden empfing der hochgefeierte Jubilar, der Nestor der Chirurgen der Jetztzeit, Geheimrath Nicolai Iwanowitsch Pirogow die zahlreichen Deputationen und Glückwünsche von Nah und Fern, die Beweise der allgemeinsten Achtung und Verehrung — und am 23. November d. J. ist er im Alter von 71 Jahren in Winnitza seinen Leiden erlegen. Ein herber Verlust für unseren Stand, für unsere Wissenschaft, für unser Land!

Einfluss der Mineralbäder in Staraja-Russa auf Körpertemperatur, Puls und Athmung.

Von

Dr. Makawejew.

(Fortsetzung.)

Puls.

Die Pulsveränderungen, die ich unter dem Einfluss der verschiedenen Bäder erhalten habe, sind folgende:

Anzahl der Beobachtungen.	Bäder.	Temperatur des Bades R°.	Puls. Geg. Ende d. Bades + Max.	Min.	Mittel.	Geg. Ende d. Bades — Max.	Min.	Mittel.	Nach dem Bade. + Max.	Min.	Mittel.	Nach dem Bade. — Max.	Min.	Mittel.
10	Moorbäder	31-32							32	16	22,2			
12	Starke Moorbäder .	28	8	4	5				4	0	3,3			
14	Schwache Moorbäd.	28				8	0	5,1				24	0	10,9
12	Mutterlaugensalzb.	28	12	2	6,3				10	0	6			
18	Salzbäder	28				14	0	6,5				27	0	10,5
10	Bassinbäder	28	12	4	7,7				18	2	6,4			
9	Gewöhnliche......	28				14	2	8				14	8	10
17	Salzbäder	27				20	2	10,5				24	0	9
10	Salzbäder	26										16	8	12
16	Bassinbäder	25										16	0	9,4

In Bädern von 28° R. von hoher Concentration wird *der Puls entsprechend dem specif. Gewicht beschleunigt, in Bädern von geringerer Concentration und in gewöhnlichen Bädern verlangsamt er sich im umgekehrten Verhältniss zum specif. Gewicht.*

Die mittleren Grössen sind:

Mutterlaugensalzbäder . . . . + 6,3 Schläge.
Starke Moorbäder . . . . . + 5,0 »
Schwache Moorbäder . . . . — 5,1 »
Salzbäder . . . . — 6,5 »
Gewöhnliche Bäder . . . . — 8,0 »

Im gleichen Verhältniss stehen die Veränderungen des Pulses zur Erhöhung der Axillartemperatur. *Folglich sind die Pulsveränderungen abhängig von der durch den Salzgehalt des Bades bewirkten Hautreizung.* Von vielen Beobachtern ist der Einfluss, den Reizung der Haut und der sensiblen Nerven auf Beschleunigung des Pulses ausüben, nachgewiesen worden. Da aber in Bädern, welche die inneren Organe abkühlen, die Abkühlung des Blutes auf den Puls die entgegengesetzte Wirkung ausüben muss, so drückte sich in solchen Bädern die Hautreizung blos durch eine mehr oder weniger bedeutende Verringerung seines Sinkens aus, während in den Bädern, welche eine Abkühlung der inneren Organe nicht hervorrufen, der Puls sich beschleunigte.

In Bassinbädern von 28° R. war der Puls immer beschleunigt, und zwar mehr, als in anderen Bädern. Natürlich hängen in solchen Bädern die Pulsveränderungen hauptsächlich von den Muskelbewegungen ab.

In Mineralbädern von 28° R., welche den Puls verlangsamen, beobachtet man zu Beginn stets Beschleunigung desselben, welche *um so bedeutender ist, je höher das specif. Gewicht des Bades notirt,* in gewöhnlichen Bädern von der-

selben Temperatur *sinkt der Puls von Anfang an.* Diese primäre Beschleunigung ist meiner Meinung nach das Resultat der Haut-Reizung durch die Salze des Bades, später beginnt die Abkühlung des Blutes ihre Wirkung auszuüben, und der Puls fällt.

In den Mutterlaugenbädern und den starken Moorbädern kommt eine Abkühlung des Blutes entweder nicht zu Stande, oder aber ist unbedeutend, und desshalb fällt der Puls nicht, sondern bleibt beschleunigt, doch nimmt die Beschleunigung gegen Ende des Bades in der Regel ab.

Nach Verlassen des Bades *verlangsamt sich der Puls im Gegensatz zum vorhergegangenen Zustande entsprechend der Concentration des Bades,* da jetzt das, an der Oberfläche abgekühlte Blut die Hauptwirkung ausübt; je stärker die Concentration, um so bedeutender die Hyperämie der Haut, und folglich um so günstiger die Bedingungen für Abkühlung des Blutes. In Folge dieses Ganges der Pulsveränderung *befindet sich seine Beschleunigung über die Norm* (vor dem Bade) — nach den Bädern von 28° R., die Pulsbeschleunigung zur Folge haben —, *im umgekehrten Verhältnisse zur Concentration des Bades; aber seine Verlangsamung unter die Norm,* — nach den Bädern, die Verlangsamung zur Folge haben, — *befindet sich in directem Verhältniss zur Concentration des Wassers, zur Hautreizung und Abkühlung der inneren Organe*, d. h. es findet das Entgegengesetzte von dem statt, was während des Bades beobachtet wurde.

Nach Bädern, deren Temperatur niedriger als 28° R. ist, wird der Puls ebenfalls verlangsamt, nach Bassinbädern von 25° R. ist die Verlangsamung geringer, als nach Salzbädern von 26° R. Wenn wir unsere Resultate mit den Pulsbeobachtungen vergleichen, die Kernig, Kirejew und Drosdow bei gewöhnlichen Bädern angestellt haben, so finden wir, *dass nach Salzbädern von weniger als 28° R. der Puls an Häufigkeit mehr sinkt*, *als nach gewöhnlichen Bädern von gleicher Temperatur oder sogar noch geringerer.*

Zu gleichen Resultaten gelangten Lehmann, Guastalla u. A. Nach heissen Moorbädern von 31°—32° R. wird der Puls im Mittel um 22,2 Schläge per Minute beschleunigt. Die Literaturangaben über Pulsveränderung in heissen, gewöhnlichen und Dampfbädern sind nicht übereinstimmend, und daher ist es unmöglich ein endgültiges vergleichendes Resumé zu geben, *doch kann man immerhin behaupten, dass heisse Moorbäder die Pulsfrequenz weniger erhöhen, als gewöhnliche Bäder von gleicher Temperatur.*

Athmung.

Anzahl der Beobachtungen	Bäder.	Temperatur der Bäder R°.	Athmung. Geg. Ende d. Bades + Max.	+ Min.	+ Mittel.	— Max.	— Min.	— Mittel.	Nach dem Bade. + Max.	+ Min.	+ Mittel.	— Max.	— Min.	— Mittel.
10	Moorbäder	31-32							24	18	20,8			
12	Starke Moorbäder	28	6	2	4,7				3	0	2,3			
14	Schwache Moorbäd.	28	6	0	4,5				6	0	4,7			
12	Mutterlaugensalzb.	28	12	3	6,3				10	0	5			
18	Salzbäder	28	7	1	4,3				6	0	3,8			
10	Bassinbäder	28	10	2	6				8	3	5,4			
9	Gewöhnliche Bäder	28	5	0	3,1							4	0	2,5
17	Salzbäder	27	6	0	3,7				4	0	3,2			
10	Salzbäder	26							Ist keine Veränderung beobachtet.					
6	Bassinbäder	25												

Aus dieser Tabelle folgt, dass in Mineralbädern von 28° R. *die Athmung mehr beschleunigt wird, als in gewöhnlichen Bädern, und dass in den Bädern mit höherem specif. Gewicht und in denen, die mit Muskelbewegung verbunden sind, die Athmung am frequentesten ist.* Nach dem Verlassen der Mineralbäder von 28° R. *nimmt die Athmungsfrequenz ab, geht aber nicht bis zur Norm hinunter, nach gewöhnlichen Bädern hingegen verlangsamt sie sich bis unter die Norm.* In Salzbädern von 27° R. ist die Athmung ebenfalls beschleunigt, doch bedeutend weniger, als in den vorhergehenden, und nach dem Bade sinkt in der Mehrzahl der Fälle die Frequenz bis zur Norm oder sogar noch tiefer, in den übrigen Fällen aber bleibt die Athmung über die Norm erhöht.

Nach Salzbädern von 26° R. und nach Bassinbädern von 25° R. *ändert sich die Athemfrequenz nicht.* Die unter dem Einfluss der Mineralbäder eintretende Veränderung in der Athmung ist wahrscheinlich abhängig von der durch die Salze bewirkten Hautreizung, der Temperatur der Bäder, dem Flüssigkeitsdruck und vielleicht auch von der Einathmung von Gasen, welche den Bädern entstammen.

Nach heissen Moorbädern von 31°—32° R. wird die Athmung um mehr als das Doppelte beschleunigt. Wenn wir unsere Resultate mit den Arbeiten von Demjankow, Kirejew und Kostjurin über gewöhnliche Bäder vergleichen, so muss man annehmen, dass *heisse Moorbäder die Athmung mehr beschleunigen, als heisse gewöhnliche uud andere Bäder.*

Auf Grundlage der angeführten Untersuchungen muss man unzweifelhaft den Schluss ziehen, dass die Mineralbäder anders auf Körpertemperatur, Puls und Athmung einwirken, als gewöhnliche Bäder; dass dieselben bei allen von uns untersuchten Temperaturen Fluxion des Blutes zur Haut und Ablenkung desselben von den inneren Organen bewirken, und dass ihre Wirkung abhängig ist von ihrer Concentration.

Da aber das Salz und die anderen in den Bädern enthaltenen Substanzen, indem sie die Epidermis durchtränken, eine beständige Reizung der Haut ausüben, so beschränkt sich der Effect der Bäder nicht blos auf die Zeit des Bades selbst, und desshalb werden die im Organismus unter dem Einfluss der veränderten Temperatur-, Puls- und Athmungsverhältnisse entstehenden Veränderungen für die ganze Zeit des Curgebrauchs constant sein. Den letzteren Umstand muss man als einen der wichtigsten Vorzüge und Unterschiede der Mineralbäder im Vergleich zu anderen hydriatrischen Proceduren betrachten.

Ueber den Gesundheitszustand unserer Truppen und ihre Verluste im Feldzuge 1877/78.

Auf Grundlage officieller Berichte, eigener Aufzeichnungen und verschiedener Mittheilungen in Zahlen dargestellt

von

Köcher. — St. Petersburg.

Bekanntlich wurde gleich nach Beendigung unseres letzten Feldzuges eine Special-Commission unter dem Vorsitz des früheren Feld-Medicinal-Inspectors der Donauarmee niedergesetzt, welche in einem grossen Bericht über alle Details und Resultate des Sanitätswesens des Krieges Auskunft geben wird. — Dass bis heute, also im Verlaufe von 3 Jahren, die Commissionsarbeiten noch nicht beendet sind, kann kaum überraschen, denn soll die Arbeit eine ausführliche und zugleich genaue werden, so kann sie bis jetzt unmöglich schon abgeschlossen und druckfertig sein. Sieht man doch z. B. dem Erscheinen des bereits vor Jahr und Tag in Angriff genommenen grossen deutschen Sanitätsberichts erst in etwa 2 Jahren entgegen. Inzwischen ist es aber auch natürlich, dass man gern sobald als möglich eine General-Uebersicht über die sanitätlichen Resultate des letzten Krieges haben möchte, umsomehr als die im Laufe der Zeit erschienenen Arbeiten verschiedener Autoren, welche diesen oder jenen Abschnitt des Feldzuges ziffermässig behandelt, gerade immer wieder den Wunsch nach einer Uebersicht über das Ganze rege machen.

Einen sehr dankenswerthen Versuch in dieser Richtung hat Herzenstein gemacht. Er veröffentlichte zu Beginn dieses Jahres eine umfangreiche Arbeit, welche die Ergebnisse des Sanitätswesens im letzten Kriege behandelte. Ich habe diesen Aufsatz im letzten Jahresberichte von Roth referirt, um ihn weiteren Kreisen zugängig zu machen, was mir auch gelang, da er bereits Gegenstand der Discussion auf der letzten Naturforscherversammlung in Salzburg geworden ist. Man könnte danach meinen es sei überflüssig, wenn nun auch ich noch über dasselbe Thema mich verbreite. Dem ist aber nicht so. Für so werthvoll ich die Herzenstein'sche Arbeit auch halte, so bringt dieselbe ausser den Generalzahlen

der Krankenbewegung bei allen unseren 3 Armeen für das Jahr 1878 (Donauarme, Kaukasusarmee und Armee im Innern des Reiches) wohl noch viele andere Zahlen und entsprechende Verhältnisszahlen für die wichtigsten Krankheitsgruppen, nicht aber Ziffern, welche eine allgemeine, klare Uebersicht über das ganze Krankenmaterial des Krieges und die Verluste in demselben ermöglichten. Der Zweck meiner Arbeit hingegen ist, unter Uebergehung aller unsicheren oder zu weit führenden Details, einen Ueberblick über das Ganze zu geben, den Gesundheitszustand der beiden Armeen während des Feldzuges in groben Umrissen zu skizziren und die Verluste der Truppen wenigstens annähernd zu bestimmen. Ich sehe desshalb auch gänzlich von der Armee im Inneren des Reiches ab, welche H. ebenfalls in den Kreis seiner Betrachtung gezogen, und beschäftige mich ausschliesslich mit der Donau- und Kaukasusarmee, — also mit den Ergebnissen des Krieges.

Als hauptsächlichste Quelle haben mir gedient die Ministerialberichte des Kriegsministeriums und die Berichte des Ober-Hospitalcomite's für die Jahre 1877 und 1878, Berichte und Mittheilungen von Personen, welche den Dingen während des Krieges nahe standen und endlich eigene Aufzeichnungen und Beobachtungen. — Bereits Herzenstein hat ganz richtig hervorgehoben, dass die von ihm benutzten Berichte zum Theil sehr ungenau, andern Theils lückenhaft und stellweise wenig wahrscheinlich in Bezug auf ihre Angaben sind. Auf diese Umstände habe ich bereits im Jahresbericht von Roth für 1879 hingewiesen und muss leider die Herzenstein'schen Angaben auch für die späteren Berichte bestätigen. Ich habe mich desshalb auch in diesem Aufsatz mehrfach veranlasst gesehen verschiedene Angaben zu rectificiren, wie z. B. die Angaben über die Zahl der an Krankheiten Verstorbenen, der Gefallenen, der bei der Armee befindlichen Aerzte u. a. m., denn ich kann unmöglich Zahlen oder Angaben für richtig acceptiren, von welchen ich nicht nur positiv weiss, sondern auch nachweisen kann, dass sie irrig sind. Ich war überall bestrebt besonders die für die Berechnung der Gesammtsummen in's Gewicht fallenden Unrichtigkeiten nach Möglichkeit zu berichtigen, aber man darf nicht übersehen, dass mir dies eben nicht immer möglich war. Ich gebe desshalb gern zu, dass eine spätere Arbeit über denselben Gegenstand, welche längere Zeit zu Erhebungen und vollständigeres Quellenmaterial haben wird — wie z. B. die Eingangs erwähnte Commission — auch noch andere, genauere Zahlen wird geben können. Dies wird aber nur in gewisser Richtung der Fall sein. Die Gesammtsumme der Kranken der Armee, etwa die Totalmenge der Fälle einzelner Krankheitsgruppen, wird in Zukunft sich leicht um so und soviel höher stellen können, weil inzwischen noch einige Special-Berichte verschiedener Sanitätsanstalten oder einzelner Truppentheile eingelaufen, welche in die heute vorliegenden Zahlen nicht aufgenommen werden konnten, weil sie zur Zeit der Abfassung der vorliegenden Berichte eben fehlten; eine sorgsame Sichtung der vorhandenen Krankengeschichten könnte leicht ergeben, dass z. B. ein Fall von Typhus oder Dysenterie unter irriger Diagnose in einer anderen Krankheitsgruppe rubricirt worden u. dgl. m. Alles dies wird aber die Umrisse des Gesammtbildes nur um ein Geringes verschieben und ich glaube entschieden behaupten zu dürfen, dass die Angaben, welche ich in nachstehenden Blättern mache, auch für die Zukunft als das Minimum der Wirklichkeit bestehen bleiben werden. Geringer können die Zahlen dieses Berichts in Zukunft sich keinesfalls gestalten, stellweise aber wohl etwas höher. Die Uebersicht auf Grundlage der von mir verwertheten Zahlen darf demnach als eine der Wirklichkeit sehr nahe kommende betrachtet werden.

Herzenstein spricht an einer Stelle seiner Arbeit die Ansicht aus, die officiellen Berichte hätten die Zahl der Erkrankungen viel zu gering angegeben. Ich glaube zwar auch, dass zu einzelnen Krankheitsgruppen noch Nachträge erwartet werden müssen, kann aber dennoch unmöglich das Maass richtig finden, mit welchem Herzenstein misst. Er meint 231,405 im Bericht angegebenen Malariafällen gegenüber, 469,242 Fälle dieser Krankheit schätzen zu sollen. Eine derartige Schätzung geht nicht nur in's Ungemessene hinaus, sondern überschreitet einfach die Grenzen der Möglichkeit. Ich frage: wo waren die Krankheitsanstalten in der Armee oder auch im Inneren des Reiches, in welchen man über 230,000 Malariakranke unbemerkt unterbringen konnte? Sie waren nicht vorhanden! Ebensowenig konnten sie ohne in die Augen zu fallen ambulatorisch behandelt werden. Oder sind 230,000 Malariafälle unter anderen Diagnosen über die Sanitätsanstalten vertheilt worden? Auch dieses ist unmöglich, denn die Kranken sind von Hunderten von Fachmännern gesehen worden und damit fällt auch diese Annahme. — Wo waren endlich die Truppen, denen zu der schon vorhandenen enormen Anzahl Kranker noch 230,000 Malariakranke abgezogen werden konnten ohne die Armeen ernstlich in ihrem Bestande zu gefährden? Dasselbe gilt für die Typhen und andere Krankheiten; derartige Schätzung ist unmöglich!

Da die mir zu Gebote gestandenen Quellen sämmtlich derartig angeordnet sind, dass die Berichte mit jedem Jahre schliessen, so bin ich dieser Anordnung in vorstehender Arbeit ebenfalls gefolgt. Ich gebe desshalb zunächst die Resultate des ersten Kriegsjahres für beide Armeen, sodann diejenige des zweiten Jahres und am Schluss die Totalresultate unter vergleichender Zusammenstellung der Resultate des Krimkrieges und des deutsch-französischen Krieges. — Zuletzt ist ein Ueberblick über das Sanitätspersonal der Armeen während des Krieges angefügt.

Das Evacuations- und Kranken-Etappenwesen berühre ich in diesem Aufsatz nicht, da es keinen directen Zusammenhang mit dem Zweck dieser Arbeit hat; dieselbe beschäftigt sich überhaupt nur mit dem *was geschehen*, durchaus aber nicht damit *wie* es geschehen ist. Mich an dieser Stelle den bekannten Missständen des Sanitätswesens der Armee gegenüber kritisch zu verhalten hätte vorläufig keinen Zweck, da dieselben genügend besprochen wurden. Ich berühre sie nur insoweit, als es gilt die directen Ursachen zu bezeichnen, welche als Resultat die nachstehenden Zahlen gaben und behufs directer Hinweise. — Mag die Zukunft erfreuliche Ergänzungen zu meinen Angaben bringen; das wünsche ich aufrichtig, obgleich ich daran zweifle. — Vorläufig sind die Zahlen, welche ich in Nachstehendem gebe schon erheblich genug, um schwere Bedenken gegen die Zweckmässigkeit der Organisation unseres Militär-Sanitätswesens zu rechtfertigen. Man darf eben nicht vergessen, dass die Zahl der Erkrankungen in einer Armee um so geringer sein muss, je besser die Gesundheitspflege in dieser Armee ist. Häuft sich aber die Zahl der Erkrankungen und erreicht schliesslich eine *solch'* exorbitante Höhe wie aus den folgenden Angaben ersichtlich, so führt das nothgedrungen zum Schluss, dass die Gesundheitspflege an schweren Mängeln leiden muss. Die nachstehenden Zahlen sind dadurch besonders werthvoll, dass sie uns nicht nur ein Spiegelbild der Sanitätsverhältnisse des letzten Krieges geben, sondern den Fach-Klarheit mann meist gleichzeitig mit erfreulicher Consequenz und auf die Ursachen hinweisen, welche derartige Resultate verschulden. — Die Zahlen zeigen, wie die Auffassung maassgebender Kreise, welche in der Krankenbehandlung die einzige und Hauptaufgabe der Militärärzte erblickt, sich schwer an der Armee rächt; sie zeigen, wohin es führt wenn man vom Militärarzte nur die zur Ausübung der Praxis erforderlichen Kenntnisse glaubt verlangen zu müssen und es ignorirt, dass er von den übrigen Aufgaben seines Berufs nur höchst mangelhafte Begriffe hat; — wohin es führt wenn solche Militärärzte durch Geduld und Duldung zu hohen Stellungen gelangen, der Sanitätsdienst aber dadurch ohne sachgemässe Leitung bleibt. — In letzterem Umstande liegt ja eben ein grosses Hinderniss des Besserwerdens, denn von solchen Leitern kann sachgemässe Initiative zu Reformen nicht ausgehen. Dies und manches Andere lehren uns die nachstehend zusammengestellten Zahlen. — Sie reden ernst und eindringlich, nicht nur in Rücksicht auf das Militär-Sanitätswesen, sondern, durch die Höhe des absoluten Verlustes, auch ein gewichtiges Wort in nationalökonomischer Beziehung.

Machen wir uns mit diesen Zahlen nun näher bekannt!

Bekanntlich operirten im orientalischen Kriege 2 Armeen auf gesonderten Kriegstheatern, nach welchen letzteren sie auch benannt wurden, nämlich die Donauarmee und die Kaukasusarmee.

Die nach den Praesenzlisten festgestellte mittlere Durchschnittsstärke der Donauarmee betrug für das Jahr 1877 379,209 Mann. Die Armee überschritt in der zweiten Hälfte April die Grenzen des Reiches, von welchem Zeitpunct auch unsere Zahlen für die gesammte Krankenbewegung gerechnet werden. — Die Donauarmee von *379,209* Mann [1] hatte bei Ueberschreitung der Grenze einen Krankenbestand von:

a) In ihren Hospitälern und Divisionslazarethen		1,819 Mann
in diese Anstalten kamen im Laufe des Jahres hinzu		238,669 »
In Hospitälern u. Divisionslazarethen zusammen		240,488 Kranke
Von diesen: genasen	87,597 Mann	
starben	12,081 »	
wurden nach Russland befördert und in andere Heilanstalten übergeführt	117,976 »	
verblieben zum 1. Januar 1878 in Behandlung	22,834 »	
	240,488 Mann	
b) Revierkranke (околодочные) waren beim Ausmarsch der Armee vorhanden	2,497 Mann	
kamen im Laufe des Jahres hinzu .	194,380 »	
Zusammen .		196,877 »
Von diesen: genasen	132,770 Mann	
starben	3,530 »	
wurden in Sanitätsanstalten übergeführt	55,909 »	
verblieben zum 1. Januar 1878 in Behandlung	4,668 »	
	196,877 Mann	
Zusammen . .		437,365 Kranke

Von dieser Summe sind 55,909 Kranke abzuziehen, indem diese Anzahl in die Sanitätsanstalten übergeführter Revierkranken bereits

[1] Bekanntlich war die Armee nicht von Anfang an so stark, sondern wurde erst durch successive Nachschübe auf diese Höhe gebracht. Für die Berechnung der Verhältnisszahlen ist es jedoch erforderlich die durchschnittliche Maximalhöhe als stabile Zahl von vorn herein anzunehmen.

oben in der Summe von 240,488 Kranken gezählt ist . . . . 55,909 Kranke

Danach bleiben also . . 381,456 Kranke

von welchen genasen	220,367 Mann	
starben	15,611	»
nach Russland geschickt	117,976	»
zum 1. Januar 1878 in Behandlung verblieben	27,502	»
	381,456	»

c) Ambulatorisch wurden im Jahre 1877 bei der Armee behandelt . . . . 160,000 »

Die Donauarmee zählte demnach im Jahre 1877 im Ganzen . . . . *541,456* Kranke

auf einen Maximalbestand von . . 379,209 Mann

Mit Ausschluss der ambulatorisch behandelten Kranken, also bei der Gesammtzahl von 381,456 Kranken ergiebt das für die Donauarme

auf 1000 Mann der Frontestärke 1005,93 *Kranke*.

Mit Einschluss der ambulatorisch behandelten Kranken, also bei der Gesammtzahl von 541,456 Kranken ergiebt das für diese Armee

auf 1000 Mann der Frontestärke 1427,83 *Kranke*.

Die Zahl der an Krankheiten und Verwundungen Verstorbenen beträgt, wie umstehend ersichtlich, 15,611 Mann. Das ergiebt für die Armee

auf 1000 Mann der Frontestärke 41,2. *Verstorbene* in Folge von Krankheit und Verwundung.

Es ist dies indess durchaus nicht die volle Zahl der an Krankheiten Gestorbenen, indem von den in der Summe von 240,488 enthaltenen 117,976 Kranken, welche als nach Russland und in andere Heilanstalten transportirt vermerkt sind, die Angabe darüber fehlt wie viele von ihnen schliesslich mit dem Tode abgegangen sind. Angenommen selbst es seien in der Heimath viele Bedingungen für die Krankenpflege erheblich günstiger, mithin auch die Sterblichkeit geringer gewesen, so konnte sie sich keines Falls auf Null reduciren. Nach dem obigen Verhältniss zwischen Erkrankten und Gestorbenen (auf 381,456 Kranke 15,611 Sterbefälle) würden auf 117,976 Kranke 4828,16 Todte kommen. Nehmen wir indess in Anbetracht der erwähnten günstigen Umstände auch nur rund 4000 Todte auf die 117,976 Kranken an, so erhöht dies den absoluten Verlust wesentlich. Dann würden nicht mehr 41,2 Todte pro Mille, sondern auf 1000 Mann der Frontestärke *51,7 Mann an Krankheit* und Verwundung Verstorbene zu rechnen sein[1].

Als Verlust kommen ferner für die Armee diejenigen Mannschaften in Betracht, welche im Laufe des Jahres als dienstuntauglich ausgeschieden wurden. Es waren:

115 Mann	. . . . . .	I. Kategorie [2].	
6900 »	. . . . . .	II.	» [3].
4825 »	. . . . . .	III.	» [4].

Zusammen 11840 Mann aller 3 Kategorien, das ergiebt: auf 1000 Mann der Frontestärke *31,22 Mann Dienstuntaugliche*.

Wenn man in Erwägung zieht dass die freilich sehr geringe I. Kategorie und, wie ich in Parenthese bemerkte, 20% der II. Kategorie nicht absolut für den Militärdienst verlorengehen, so kann man dennoch als absoluten Verlust der Armee annehmen 80% der II. Kategorie und das ganze Contingent III. Kategorie, also

4872 Mann	. . . . .	II. Kategorie und	
4825 »	. . . . .	III.	»

Zusammen 9697 Mann oder auf 1000 Mann der Frontestärke *25,65 absolut Dienstuntaugliche*.

Als absoluter Verlust der 379,209 Mann starken Donauarmee wäre demnach für das Jahr 1877 anzunehmen: auf 1000 Mann der Frontestärke

51,7 Mann Verstorbene in Folge von Krankheit und Verwundung und

25,65 Mann absolut Dienstuntaugliche.

Zusammen 77,35 Mann absoluter Verlust.

Aber auch diese Ziffer stellt noch nicht den Gesammtverlust der Armee dar, denn es fehlen hiezu noch die in Gefechten und Schlachten sofort Getödteten und die Vermissten.

[1] Bezüglich der nach Russland und in andere Heilanstalten übergeführten 117,976 Mann muss ich folgendes bemerken. Laut den Angaben von Abaza und Richter sind nur 79,138 respect. 71,841 Mann Kranke und Verwundete nach Russland evacuirt worden. Wie wir weiter unten sehen werden, geben officielle Berichte ebenfalls die letztere Zahl an. Es ist daher nicht ersichtlich, woher der Ueberschuss kommt, respect. in welchen Krankenanstalten dies Plus an Kranken untergebracht wurde.

[2] Zum Frontedienst unfähig, nur eventuell zu leichteren Dienstleistungen verwendbar.

[3] Erhalten langen Urlaub zur Wiederherstellung, welche bei reichlich 80% dieser Kategorie niemals mehr erfolgt.

[4] Total invalid.

Die Zahl dieser richtig zu bestimmen, ist für mich sehr schwer! Meine Aufzeichnungen vor Plewna ergeben für alle Kämpfe um diesen Platz bis zu seiner Uebergabe inclusive des Gefechts um Nikopol fast volle 12,000 Mann Gefallener und diese Zahl ist annähernd richtig. — Bezüglich der übrigen Kämpfe habe ich zu wenig feste Anhaltspunkte und muss mich darauf beschränken sie annähernd in Bausch und Bogen zu schätzen. Wenn ich die bei den Donauübergängen, auf Schipka, bei den Balkanübergängen, in Süd-Bulgarien, in der Rustschuck-Armee — kurz bei allen sonstigen Gefechten der Donauarmee Gefallenen nur mit 13,000 Mann annehme, so giebt das mit den obigen 12,000 Mann zusammen 25,000 Mann Gefallener, oder auf 1000 Mann der Frontestärke 65 Todte und würde daher der Absolutverlust der Donauarmee 77,35 + 65, das heisst also:

auf 1000 Mann der Frontestärke *142,35 Mann betragen*.

Diese Zahl ist offenbar noch zu niedrig und entspricht dem wirklichen Verlust nur annähernd; aus Vorsicht sind indess alle Zahlen absichtlich eher zu niedrig angenommen, damit keines Falls in irgend einer Beziehung über das wirkliche Maass hinaus gegangen werde.

So interessant es nun auch wäre das riesige Krankenmaterial genau specialisirt zu betrachten, so ist das der Lückenhaftigkeit des Materials wegen, besonders für das Jahre 1877 nicht möglich. Die einzelnen Angaben stehen oft zu wenig in direktem Zusammenhang und widersprechen sich häufig untereinander, so dass sie lange nicht überall sichere Schlüsse oder Grundlagen für richtige Zahlenangaben ermöglichen. Wir müssen uns desshalb an dieser Stelle mit folgenden, durchaus nicht erschöpfenden Daten begnügen.

Diejenigen Krankheiten und Verletzungen, welche im Jahre 1877 die stärksten Contingente zur Bevölkerung der Sanitätsanstalten der Donauarmee stellten, sind zunächst folgende:

		Auf 1000 Mann sämmtlicher Erkrankten kamen:	
	Fälle	in d. Hospitälern Kranke	in d. Divisionslazarethen Kranke
Schussverletzungen	70,579	228,7	24,7
Wechselfieber	68,987	144,4	283,9
Dysenterie	25,363	91,0	62,5
Acute Erkrankungen d. Verdauungsorgane	24,936	76,6	114,2
Acute Erkrankungen d. Athmungsorgane	14,863	51,8	42,9
Venerische Krankheiten . .	11,892	48,8	20,6
Typhen	11,743	35,7	54,90
Erfrierungen	10,654	38,2	26,5
Rheumatismus der Gelenke und Muskeln	8,510	30,8	19,8
Acute äussere Krankheiten	6,104	18,87	27,4

Die grösste Sterblichkeit in den Sanitätsanstalten der Donauarmee im Jahre 1877 gaben folgende Krankheiten:

		Auf 1000 Verstorbene kamen:	
	Todesfälle	in d. Hospitälern Todte	in d. Divisionslazarethen Todte
Dysenterie	3,529	380,1	151,1
Schussverletzungen	2,428	142,6	418,5
Typhen	1,917	191,97	211,74
Acute Krankheiten d. Verdauungsorgane	540	53,0	65,16
Erfrierungen	408	42,7	28,1
Acute Krankheiten der Athmungsorgane	377	39,3	27,1
Innere Krankheiten . . .	219	—	—
Wechselfieber	189	16,6	38,1

Im Ganzen betrachtet stellt sich das Verhältniss folgendermaassen. Von allen in sämmtlichen Sanitätsanstalten der Armee befindlich gewesenen Kranken:

genasen	auf 1000 M. sämmtl. Krank.,	ohne	Revierkr.	367,0	Mann,
»	» 1000 » » »	mit	»	508,1	»
starben	» 1000 » » »	ohne	»	50,6	»
»	» 1000 » » »	mit	»	36,0	»

Im Verhältniss zur mittleren Frontestärke der Armee wurden auf 1000 Mann behandelt: starben auf 1000 Mann:

a) in allen Sanitätsanstalten *ohne* die Krankenreviere	404 Mann	39,3 Mann
b) in allen Sanitätsanstalten *mit* den Revierkranken	880 Mann	51,4 Mann

Es ist hervorzuheben, dass in den Sanitätsanstalten der Armee in diesem Jahre die Dysenterie die grösste Sterblichkeit gab. Wie aus obigen Zahlen ersichtlich starben an dieser Krankheit

in den Hospitälern . . . . 38% und

in den Divisionslazarethen 15%

sämmtlicher Kranken dieser Anstalten.

In Folge von Schussverletzungen starben:

in den Hospitälern 14,2%

in den Divisionslazarethen 41,8%

In Folge von Typhus starben:

in den Hospitälern 12,0%

in den Divisionslazarethen 11,3%

Besondere Aufmerksamkeit verdient sodann die enorme Zahl von Erfrierungen. Wenngleich der Wachtdienst auf Schipka, besonders in den Winternächten allerdings besonders günstige Umstände für Erfrierungen bedingte, so übersteigt ihre Zahl aber dennoch alle Grenzen des Erlaubten. Die 14. und 24. Division befanden sich beide auf dem Schipka-Pass und zählen zusammen 4909 Erfrierungen. Es ist nur der Unterschied der, welcher auch gleichzeitig ein grelles Licht auf die Sache wirft, dass die 14. Division nur 717 Erfrierungen zählt, während die 24. Division, welche nur 3 Regimenter auf Schipka hatte, auf diese 3 Regimenter 4192 Erfrierungen und darunter 50 Fälle completter Erfrierung aufzuweisen hat.

10,654 Erfrierungen geben etwa 3% sämmtlicher Erkrankungen und verstorben sind an ihnen

in den Hospitälern . . . . . etwa 4,2%, und
in den Divisionslazarethen . . 2,8%

von sämmtlichen in diesen Anstalten mit dem Tode Abgegangenen.

In der Gesammtzahl sämmtlicher Kranken der Donauarmee befanden sich, wie oben vermerkt, 70,579 Verwundete. Ueber 68,099 von ihnen liefen Berichte ein, nach welchen:

genasen	5,504 Mann,
starben	2,428 »
nach Russland evacuirt wurden	55,973 »
zum 1. Januar 1878 in den Sanitätsanstalten der Armee verblieben	4,194 »
zusammen	68,099 Mann.

70,579 Verwundete auf die Armee von 379,209 Mann ergiebt auf 1000 Mann der Frontestärke fast 185 Verwundete.

Auf die einzelnen Truppentheile vertheilt sich die Zahl der Verwundeten indess sehr ungleich. So kommen z. B. auf zwei vor Plewna verwendete Divisionen auf 1000 Mann der Frontestärke

der 16. Division (Skobelew) . . . . . . 275 Verwundete,
» 5. » (Schilder-Schuldner) . . 375 »

während nur 7 bis 10 Verwundete auf 1000 Mann der 4. und 18. Infanteriedivision und der 11. Kavalleriedivision gezählt werden.

Die durch blanke Waffen erfolgten Verwundungen betragen gegen 3% der Gesammtzahl. Betrachtet man die Truppentheile einzeln, so stellt sich der höchste Satz auf etwa 8%.

Eingehendere Nachrichten über die Verwundungen liegen bis jetzt keine vor. Ausser der oben angegebenen Krankenbewegung für 68,099 Mann ist noch eine Tabelle über 37,367 Verwundete vorhanden, welche die Vertheilung der Verwundungen nach den Körperregionen wie folgt angiebt.

Wunden und Verletzungen.	In den Div.-Lazarethen			In den tempor. Kriegshospitäl.			Im Ganzen		
	Wurden behandelt	Genasen	Starben	Wurden behandelt	Genasen	Starben	Wurden behandelt	Genasen	Starben
Des Kopfes	891	52	64	1088	150	104	1979	202	168
Der Wirbelsäule . . .	104	6	17	432	44	53	536	50	70
Des Gesichts	700	42	6	864	110	29	1564	152	35
» Halses	241	10	12	278	91	14	519	101	26
» Brustkorbes . . .	1164	41	152	1571	162	255	2735	203	407
Der Bauch- und Beckenhöhle	939	29	166	1292	115	177	1231	144	343
Der oberen Extremitäten	4921	161	20	8068	555	196	12989	716	216
Der unteren Extremitäten	5075	105	40	7236	468	412	12311	573	452
Der Gelenke	1266	13	12	1277	75	189	2503	88	201
	15261	459	489	22106	1770	1429	37367	2229	1918

Diese Tabelle hat nur insofern Werth, als aus ihr ersichtlich, dass von der Gesammtmenge der Verwundungen betrafen:

34,78 % die oberen Extremitäten,
32,9 % » unteren »
7,7 % den Brustkorb,
6,6 % die Gelenke,
5,96 % die Bauch- und Beckenhöhle,
5,27 % den Kopf,
4,11 % das Gesicht,
1,42 % die Wirbelsäule, und
1,38 % den Hals.

Von der Donauarmee wurde seit dem 16. Juni 1877 bis Jahresschluss folgende Anzahl Kranker evacuirt:

	a) In Militairzügen.	b) In Sanitätszügen.
Im Juni	400 Mann	409 Mann
» Juli	1222 »	6069 »
» August	4505 »	7362 »
» September	13908 »	8754 »
» Oktober	8548 »	7446 »
» November	1269 »	5919 »
» December	930 »	5236 »
	30682 Mann.	41159 Mann.

Zusammen 71,841 Kranke und Verwundete.

Dies wären die hauptsächlichsten Daten welche ich von der Donauarmee im Jahre 1877 zu erruiren vermochte. Gehen wir nun zur Kaukasusarmee über.

Bei der Kaukasusarmee tritt uns von vornherein der grosse Uebelstand entgegen, dass zwei verschiedene Versionen über ihre Stärke bestehen. Sie wird — beides in officiellen Berichten — einmal mit 226,698 Mann und dann mit 272,839 Mann mittlerer Stärke für das Jahr 1877 angegeben. Mir scheint, dieser Umstand lässt sich in folgender Weise aufklären. In allen sanitätlichen Berichten wird die Kaukasusarmee als solche nicht getrennt von den Truppen des kaukasischen Militärbezirks, sondern stets die Truppen dieses Bezirks und die Armee als ein zusammengehöriges Ganzes betrachtet. Beide Angaben können daher richtig sein, indem die Armee *und* die Truppen des Militärbezirks *zusammen* wohl 272,839 Mann, die Armee für sich indess nur 226,698 Mann stark gewesen sein wird. Da aber, wie gesagt, alle sanitätlichen Angaben sich auf die Gesammtmenge der Truppen beziehen, was deutlich aus den wiederholt in den Berichten vorkommenden directen Hinweisen hervorgeht, kann uns natürlich auch nur die Ziffer 272,839 interessiren. Dies ist umsomehr der Fall als wir keinerlei Möglichkeit haben, die vorhandenen Data in 2 Gruppen zu sondern ohne die Richtigkeit der Angaben zu beeinträchtigen. Ich werde demnach die mittlere Frontestärke der Kaukasusarmee einschliesslich der Truppen des kaukasischen Militärbezirks im Jahre 1877 mit 272,839 Mann annehmen und alle weiter folgenden Angaben auf diese Zahl beziehen. Bei Beginn des Krieges hatte die Kaukasusarmee einen Krankenbestand von:

a) In ihren Hospitälern u. Divisionslazarethen 6,055 Mann.
in diese Anstalten kamen im Laufe des Jahres hinzu . . . . 167,384 »

Zusammen: In Hospitälern und Divisionslazarethen . . . . 173,439 Kranke.

Von diesen genasen	136,922 Mann.
starben	9,428 »
wurden nach Russland evacuirt	5,981 »
blieben zum 1. Januar 1878 in Behandlung	21,108 »
	173,439 Mann.

b) Revierkranke (околоточные) waren bei Beginn des Krieges vorhanden . . . . . 3,207 Mann.
kamen im Laufe des Jahres hinzu . . . . 154,999 »

Zusammen . . . . 158,206 Kranke.

Von welchen genasen . . .	152,101 Mann,
starben . . .	265 »
blieben zum 1. Januar 1878 in Behandlung	5,840 »
	158,206 Mann.

331,645 Kranke.

Von welchen genasen . . .	289,023 Mann.
starben . . .	9,693 »
evacuirt wurden	5,981 »
blieben zum 1. Januar 1878 in Behandlung	26,948 »
	331,645 Mann.

c) Ambulatorisch wurden im Jahre 1877 bei der Armee behandelt . . . . 52,760 Kranke.

Die Kaukasusarmee zählte danach im Jahre 1877 im Ganzen . . . . 384,405 Kranke.
auf einen Maximalbestand von *272,839 Mann.*

Mit Ausschluss der ambulatorisch behandelten Kranken, also bei der Gesammtzahl von 331,645 Kranken, ergiebt das für die Kaukasusarmee

auf 1000 Mann der Frontestärke 1215,48 *Kranke.*

Mit Einschluss der ambulatorischen Kranken, also bei der Gesammtzahl von 384,405 Kranken, ergiebt das für diese Armee

auf 1000 Mann der Frontestärke 1408,9 *Kranke.*

Die Zahl der an Krankheiten und Verwundungen Gestorbenen beträgt, wie oben ersichtlich 9,693 Mann. Das ergiebt für die Armee auf 1000 Mann der Frontestärke 35,49 *Verstorbene* in Folge von Krankheiten.

Rechnet man hinzu, dass von den in die Heimath Evacuirten 5,981 Mann selbst bei mässiger Schätzung immerhin etwa noch 180 Mann verstorben sein müssen, so würde die Summe der Gestorbenen 9,693 + 180 = 9,873 Mann betragen. Das giebt für die Armee auf 1000 Mann der Frontestärke 36,2 *Verstorbene* in Folge von Krankheiten.

Als Verlust kommen demnächst die als dienstuntüchtig ausgemusterten Mannschaften für die Armee in Betracht. Es wurden ausgeschieden:

606 Mann I. Kategorie
2,196 » II. »
2,412 » III. »

Zusammen 5,214 Mann aller 3 Kategorien;

das giebt auf 1000 Mann der Frontestärke 19,1 *Mann Dienstuntaugliche.*

Zieht man von den 5,214 Dienstuntauglichen, die noch nicht absolut für die Armee verloren gehenden 606 Mann erster Kategorie und 20% der II. Kategorie, oder in runder Zahl 438 Mann — zusammen also 606 + 438 Mann = 1,044 Mann ab, so erhalten wir *4710 absolut Dienstuntaugliche* für die Kaukasusarmee, also auf 1000 Mann der Frontestärke 15,29 *Mann absolut Dienstuntaugliche.*

Als absoluter Verlust der 272,839 Mann starken Kaukasusarmee wäre demnach für das Jahr 1877 anzunehmen:

auf 1000 Mann der Frontestärke
35,49 Mann Verstorbene in Folge von Krankheiten und Verwundungen und
15,29 » absolut Dienstuntaugliche.
Zusammen 50,78 Mann absoluter Verlust.

Um die volle Höhe des absoluten Verlustes zu bestimmen, müsste man noch die Zahl der Gefallenen kennen. Diese bin ich indess nicht in der Lage für den Kaukasus bestimmen zu können. Wenn man aber die Gefallenen auf 4,000 und die Vermissten auf 1,000 Mann in runder Zahl, also auf 5,000 Mann schätzt, so würde das immerhin auch noch ergeben auf 1000 Mann der Frontestärke fast voll 18,31 Mann, wonach denn der Gesammtverlust der Kaukasusarmee sich stellen würde auf 50,78 + 18,31 Mann pro Mille, das heisst also auf 1000 Mann der Frontestärke 69,09 *Mann absoluter Verlust.*

Uebrigens hebe ich bezüglich meiner Annahme von 5,000 Mann Gefallener und Vermisster ausdrücklich hervor, dass diese Schätzung, wenn auch schwerlich zu hoch, so dennoch meinerseits ziemlich willkührlich ist.

Die Morbilität und Mortalität stellt sich in der Kaukasusarmee für das Jahr 1877 in nachstehenden Hauptgruppen, wie die folgende Tabelle zeigt. Die Diagnosen sind wörtlich nach dem Bericht übersetzt, welchem ich diese Zahlen entnommen.

Benennung der Verletzungen und Krankheiten.	In die Sanitätsanstalten wurden aufgenommen überhaupt.	Auf 1000 Mann der mittleren Frontestärke erkrankten:	Genasen im Ganzen	Starben im Ganzen.	Starben auf 1000 Mann d. mittl. Frontestärke
	M	a	n	n.	
Schusswunden und Contusionen	7638	33,69	5542	1192	5,25
Verletzungen durch blanke Waffen	1026	4,48	703	48	0,21
» » andere Ursachen	2370	10,45	2104	45	0,19
Verbrennungen	246	1,08	186	9	—
Erfrierungen	109	—	90	4	—
Wechselfieber	67362	297,4	56686	657	2,89
Abdominaltyphus (Starben pro Centum 35,6 Mann)	2817	12,42	1083	1003	4,42
Flecktyphus (Starben pro Centum 30,4 Mann)	796	5,51	227	242	1,06
Recurrens (Starben pro Centum 22,9 Man).	882	3,89	349	202	0,89
Leichte Typhen (?!) (Starben pro Centum 19,7 Mann)	2997	13,22	1813	592	2,61
Dysenterie	5898	26,01	4378	1697	7,6
Erisypelas	786	3,46	686	38	0,16
Pocken	94	0,41	74	15	0,06
Sibirische Pest	24	—	13	2	—
Scharlach	3	—	2	1	—
Masern	134	0,59	103	12	0,05
Venerische Krankheiten	8925	39,6	6619	14	0,06
Diphtherit: Blennorrhoe d. Conjunctiva.	677	2,98	635	—	—
Blennorrhoe d. Conjunct.	3340	14,72	2765	—	—
Sonstige Infectionskrankheiten (ohne jede nähere Angabe)	355	1,56	287	37	0,15
Allgemeine Schwächezustände	529	2,33	515	32	0,14
Sonstige Allgemeine Ernährungsstörungen	1465	6,46	1131	137	0,6
Acut. Entzündungen:					
der Verdauungsorgane	13935	61,46	11499	1216	5,36
der Athmungsorgane	14079	62,1	1080	1036	4,56
des Gehirns und Rückenmarks	221	0,98	110	87	0,38
Rheumat. Erkrank. d. Gelenke, Knochen u. Muskeln	8194	36,14	7117	29	0,12
Sonstige Erkrank. innerer Organe	1939	—	1796	106	—
Acut. äussere Krankheiten	7977	35,18	6814	52	—
Phthisis pulmonum	403	1,77	318	194	0,85
Andere chronische innere Krankheiten	5449	21,29	4827	602	2,65
» » äussere »	5149	20,71	4766	52	0,22
Psychosen	163	0,71	131	7	—
Zur Beobachtung	401	—	368	11	—
Krankheiten, welche nicht diagnosticirt werden konnten	53	—	51	1	—
Im Ganzen	165672	—	125634	9372	—
Darunter waren Offiziere	2086	—	1834	66	—

Sofern die vorstehende Tabelle immerhin einen genaueren Ueberblick über fast die Hälfte des Gesammt-Krankenmaterials ermöglicht, ist sie ohne Frage von grösserem Werthe als die vorn über das Krankenmaterial der Donauarmee gemachten, noch weniger übersichtlichen Angaben. Aber auch bei diesen Zahlen bleibt die Zusammenhanglosigkeit mit den allgemeinen Zahlenangaben zu bedauern. Die Diagnosen und einzelnen Ziffern sind *genau* nach den mir zugänglich gewesenen Berichten wiedergegeben, doch konnte ich die Zusammenstellung der Tabelle nicht noch übersichtlicher gestalten, weil mir die ferneren dazu nöthigen Zahlen durchaus fehlen, die bisweilen vorhandenen aber sehr oft in unlösbarem Widerspruch stehen. So bin ich auch nicht in der Lage etwas Näheres, Stichhaltiges über die Verwundungen der Kaukasusarmee in diesem Jahre zu sagen als das, was in vorstehender Tabelle vermerkt ist. Es findet sich in einem Berichte eine lakonische Notiz über die Verwundungen der Armee, welche ich nicht vorenthalten will, obgleich die Zahlen mit der Zahl der in der Tabelle angegebenen Ziffern nicht stimmen. Es heisst da: Vom 12. April bis 31. December 1877 kamen Verwundete in die Sanitätsanstalten der Kaukasusarmee:

Offiziere	421
Unteroffiziere	983
Mannschaften	10,817
Zusammen	12,221 Mann,

aus welcher Zahl 3,219 gefährlich waren. Ich muss Jedem anheimstellen selber zu bestimmen, in wieweit dergleichen Angaben für einen Sanitätsbericht verwerthbar sind!

Aus der Kaukasusarmee wurden in Sanitätszügen von Wladikawkas aus in's Innere des Reichs evacuirt vom 21. Juli bis 31. December 1877 im Ganzen 5,111 Kranke und Verwundete und zwar

im Juli	409 Mann
» August	455 »
» September	788 »
» October	1,341 »
» November	1,258 »
» December	360 »
Zusammen	5,111 Mann

in Sanitätszügen evacuirt.

Auf Grundlage nun aller dieser Detailangaben erhalten wir für beide Armeen zum Schluss des Jahres 1877 folgende Resultate:

Die Maximalstärke der Donauarmee betrug	379,209 Mann
Die Maximalstärke der Kaukasusarmee betrug	272,839 »
Beide Armeen zusammen repräsentiren demnach	652,048 Mann.
Die Totalmenge aller Kranken auf diese Truppenzahl beträgt	925,861 Kranke.
Nach Abzug der ambulatorisch behandelten Kranken beider Armeen (160,000 und 52,760 Mann) von zusammen 212,760 Kranken, beträgt die Zahl der in den tempor. Kriegshospitälern, Divisionslazarethen und Krankenrevieren (околодки) Behandelten inclusive der Evacuirten	713,101 Kranke.
Von letzterer Zahl sind in Folge von Verwundung und Krankheiten gestorben	29,484 Mann
Ueberhaupt dienstuntauglich wurden von der Gesammtmenge der Truppen erklärt	17,054 »
Als absolut dienstuntauglich kamen auf die Gesammtmenge der Truppen in Wegfall	13,867 »
Als in Schlachten und Gefechten gefallen inclusive der Vermissten können nach aproximativer Schätzung in runder Summe angenommen werden	30,000 »

Das Verhältniss von 925,861 Kranken auf 652,048 Mann ergiebt auf 1,000 Mann 1419,92 Kranke. Das Verhältniss von 731,101 Kranken auf 652,048 Mann ergiebt auf 1,000 Mann 1093,64 Kranke. Das Verhältniss von 29,484 Gestorbenen auf 652,048 Mann ergiebt auf 1,000 Mann 45,22 Todte. Das Verhältniss von 13,867 absolut Dienstuntauglichen auf 652,048 Mann ergiebt auf 1,000 Mann 21,08 Dienstuntaugliche.

Der absolute Verlust der Gesammtzahl der Truppen (652,048 Mann) setzt sich zusammen aus:

1) den in Folge von Verwundung und Krankheit Verstorbenen	29,484 Mann
2) den absolut Dienstuntauglichen	13,867 »
3) den in Schlachten und Gefechten Gefallenen	30,000 »
beträgt also für das Jahr 1877	73,351 Mann

und ergiebt demnach auf je *1,000* Mann der Gesammtmenge = *112,48* Mann absoluten Verlust.

Da keine der hier angegebenen Zahlen zu hoch gegriffen ist, sondern die Berichte, welchen dieselben entnommen, alle ausdrücklich hervorheben dass spätere, genauere Erhebungen nur darthun werden, wie sie noch hinter der wirklichen Höhe zurückbleiben, so kann es sich in den von mir aufgestellten Berechnungen höchstens um eine Zahl, diejenige der Gefallenen (30,000 Mann) handeln. Wie ich dies schon hervorhob, habe ich dieselbe ziemlich willkührlich be-

stimmt, da ich zu wenig offizielle Angaben darüber vorgefunden. So haben z. B. die Kämpfe auf Schipka bekanntlich erhebliche Opfer gekostet, ohne dass je genaue Verlustangaben über deren reelle Höhe vorgelegen hätten. Ich bin indess bei der Bestimmung dieser Zahl sehr vorsichtig zu Werke gegangen, nicht ohne die Meinungen von sehr competenten Militärs darüber gehört zu haben, welche den Dingen ebenso nahe wie ich selber gestanden, zum Theil gerade in solchen Stellungen, welche ihnen vollen Einblick in die betreffenden Verhältnisse gestatteten. Ich gebe daher zwar die Möglichkeit zu mich über die Höhe des Verlustes bezüglich der Gefallenen hier oder da getäuscht haben zu können, bin indess der festen Ueberzeugung, dass, wenn dies der Fall war, ich mich höchstens um 2—3 Tausend Mann verrechnet habe. Wenn in einem Bericht mir eine Angabe aufgestossen, in welchem der Verlust an Gefallenen für beide Armeen während des Jahres 1877 auf im Ganzen 14,000 Mann geschätzt wird, so halte ich dies für eine im höchsten Grade unmotivirte Annahme. — Es ist freilich dabei bemerkt, dass diese Annahme in Folge Mangels fester officieller Anhaltspuncte nach willkürlicher Abschätzung erfolgt sei; dies ist auch für Jeden der den Sachen näher gestanden sofort in die Augen springend. Bei der mässigsten Schätzung und, freilich nicht officiellen aber dennoch sehr guten Anhaltspuncten, erhalte ich immer sehr reichlich über 27,000 Mann Gefallene, wobei nur zum Theil die Vermissten mit einbegriffen sind, welche bekanntlich nach allen Schlachten in nicht geringer Zahl gezählt werden, bei uns aber lange nicht immer vermerkt sind. — Uebrigens lässt sich die Zahl der Gefallenen auch theoretisch deduciren. — Im I. Theil meiner Arbeit über Plewna habe ich ausführlich das Missverhältniss zwischen den Todten und Verwundeten besprochen, welches sich in unseren Gefechten herausstellte und nachgewiesen, auf welchen Ursachen dies beruhte. Die bedingenden Factoren waren:

1) Die grosse Ueberlegenheit des türkischen Infanteriegewehrs.

2) Der Umstand, dass wir fast immer angriffen, woher unsere Truppen gewöhnlich ganz exponirt gegen den in vorzüglich gedeckten Stellungen befindlichen Feind andringen mussten.

3) Die grosse Erbitterung der kämpfenden Parteien gegen einander.

Die Folge hievon war, dass, während in den grossen Kriegen der letzten Jahrzehnte sich das Verhältniss von 1 Todten auf 4, 5 ja sogar auf 6 Verwundete stellte, wir in Bulgarien nur im günstigsten Falle 3¹/₂ Verwundete auf 1 Todten aufzuweisen hatten (vor Nikopol), während es vor Plewna sogar vorkam, dass wir auf 1 Verwundeten 2²/₃ Todte zählten und, wenn dies auch nur eine Ausnahme blieb, niemals mehr das günstige Verhältniss von Nikopol erreichten. Wenn solche Verhältnisse nun auch nicht buchstäblich auf *jedes* einzelne Gefecht im ganzen Kriege zutreffen, so blieben dennoch die oben aufgeführten 3 bedingenden Factoren für den ganzen Feldzug bestehen und ist man danach durchaus berechtigt anzunehmen, sie hätten auch während des ganzen Feldzuges ihren Einfluss geltend gemacht. — Sobald aber dies der Fall ist, kann man sagen: will man nach diesen Antecedentien ein günstiges Durchschnittsverhältniss zwischen Verwundeten und Todten annehmen, so ist man, abgesehen von den öfteren ungünstigeren Fällen, wohl berechtigt zu schätzen, dass durchnittlich auf 1 Todten etwa 3 Verwundete berechnet werden können. — Demnach müsste ein Drittel der Zahl sämmtlicher Verwundeter, der Anzahl der Gefallenen entsprechen. Die Zahl aber der Verwundeten in der Donauarmee beträgt, wie oben ersichtlich 70,579 Mann und diejenige der Kaukasusarmee 12,221 Mann, zusammen 82,800 Mann.

Der dritte Theil dieser Summe beträgt 27,600 — und diese Zahl müsste nach obigen Ausführungen der Anzahl der Gefallenen entsprechen. Das würde aber wiederum auch mit meiner Aproximativ-Schätzung übereinstimmen, umsomehr als hier die Vermissten nicht mit einbegriffen sind.

Ich habe bei diesem Puncte länger verweilt, um mich nicht dem Verdachte leichtfertiger Ueberschätzung auszusetzen und hoffe damit die Sache genügend klar gelegt zu haben, ohne den Anspruch auf absolute Richtigkeit für diese Schätzung zu erheben.

Hiemit wären nunmehr die für unseren Zweck erforderlichen Data bezüglich des ersten Kriegsjahres so ziemlich erschöpft. Es bleibt noch übrig in kurzen Worten darauf hinzuweisen, in welch' folgeschwerem Zusammenhang die Mängel der Verpflegung und Verwaltung sowie die Unterlassungssünden der Sanitäts-Oberleitung mit dem Auftreten der Krankheiten in der Armee stehen.

Sowohl die Donauarmee wie die Kaukasusarmee befinden sich zu Beginn des Krieges, also im April des Jahres 1877 in so günstigen hygieinischen Verhältnissen wie sie die in ihren gewöhnlichen Cantonnements im Inneren des Reiches zurückgebliebenen Truppen nicht aufzuweisen haben. — Die Donauarmee zählt in ihren Sanitätsanstalten zu dieser Zeit 4316 Kranke, was auf den Maximalbestand der Truppen berechnet 11,12 Kranke pro mille giebt. Effectiv wird dieser Satz grösser gewesen sein, denn die Maximalstärke der Armee war zu jener Zeit bedeutend niedriger. Dieser Umstand ändert die Situation nicht so stark als dass nicht noch immer die günstigere Lage der Mannschaften dieser Armee gegen die im Innern des Reiches zurückgebliebenen Truppen im Haut-Relief hervortreten sollte. Auch die Kaukasusarmee zählt bei Beginn des Krieges nur 9,262 Kranke oder 33,91 auf jede 1000 Mann ihres Bestandes. Dieses Verhältniss ist im Vergleich mit der Donauarmee schon ungünstig, lässt sich aber daraus erklären, dass die Kranken der Kaukasusarmee nicht getrennt von den Truppen des kaukasischen Militärbezirks berechnet worden und so wahrscheinlich die grössere Krankenmenge der in den Cantonnements befindlichen Truppen dies ungünstigere Verhältniss bedingt. Ich verstehe das so, dass von der Gesammtmenge der als Kaukasusarmee betrachteten Truppen, also von 272,839 Mann circa 50,000 Mann in den Kasernen ihrer gewöhnlichen Garnisonen verblieben und daher auch eine verhältnissmässig grosse Zahl Kranker hatten, während die eigentliche Feldarmee auf vorgeschobenen Positionen, im Bivouak etc. wohl nicht mehr Kranke aufzuweisen gehabt haben wird als die Donauarmee. Da die in Kasernen befindlichen Truppen aber nur den 5. Theil etwa der Feldarmee ausmachen, so ist es dieser kleinen Zahl auch nicht gelungen das Verhältniss so ungünstig zu gestalten wie es zu derselben Zeit im Innern des Reiches war. — Während nämlich die Donauarmee im April 11,12 Kranke und die Kaukasusarmee 33,91 Kranke pro mille ihrer Maximalstärke zählen, hat die im Inneren des Reiches in den gewohnten Behausungen zurückgebliebene Armee für denselben April Monat 81,9 Kranke pro mille aufzuweisen. Daraus geht also hervor, dass die Gesundheit der Trupppen besser ist, sobald sie dem schädlichen Einfluss ihrer gewohnten Lebensweise entzogen werden. — (Dieselbe Erscheinung bietet übrigens alljährlich die Lager- und Manöverzeit.) Die Armeen bewegen sich sodann, unter dem Einfluss der bekannten grossen Kriegsstrapazen und des Klimas. Die schlimmen Eigenschaften des letzteren sind wohlbekannt; man weiss, dass Malaria eine Plage beider Kriegstheater ist und hat eine vorzügliche Instruction zur Bewahrung der Gesundheit der Armee mitgegeben, welche Malaria, Dysenterie und alle sonstigen schlimmen Einflüsse vorsieht und vortreffliche Maassregeln gegen alles empfiehlt. Wieweit diese Instruction den Leitern des Sanitätswesens und der Verwaltung zur Richtschnur gedient weiss ich nicht. Ich weiss aber, dass trotz alledem im Juli bereits die Wechselfieber in grosser Anzahl in den Armeen auftreten und in steigender Progression zunehmen; dass im August in Folge unzweckmässiger Nahrung Dysenterie in bedeutendem Umfange sich zu zeigen beginnt, welche Krankheit in der Armee mit sehr treffendem Mutterwitz alsbald von den Soldaten mit dem Namen Zwiebackdiarrhoe (сухарный поносъ) getauft wurde und diese Bezeichnung behielt, unter welchem Namen sie auch stellweise sogar in den Druck übergegangen ist. — Die Folgen schlechter Nahrung und Kleidung, die klimatischen Einflüsse, ungünstige hygieinische Bedingungen und grosse Strapazen cumulirten sich, da ihnen durchaus nicht zweckentsprechend, mit Erfahrung und Sachkenntniss vorgebeugt wurde, und so treten denn auch schon im September des Jahres 1877 Typhen auf und nehmen von nun ab stetig zu. Bei heranrückendem Winter machen sich die Folgen der schlechten Kleidung immer empfindlicher fühlbar. Der Soldatenmantel ist stark abgerieben oder oft durchlöchert, die Wolljacke bei denjenigen Truppen, welche sie überhaupt besassen, vollständig abgetragen, denn sie war von sehr niederer Qualität und besteht schliesslich aus einem Complex von Löchern, zwischen welchen sich Inselgruppen grober Wollfäden befinden, — sie wärmt nun auch nicht mehr. Stiefel sind oft gar keine mehr an den Füssen und Zeltleinwand, Schaaffelle und Tuchstücke sowie Fetzen aller Art werden mit Bindfaden etc. um den Fuss gewickelt, um so irgend eine Fussbekleidung herzustellen, Halbpelze fehlten fast ganz. — Die Verwaltung fand keine Möglichkeit die Mannschaften neu zu montiren und nun sehen wir die Erfrierungen in der Donauarmee in kolossalem Maasstabe auftreten; 10,654 Fälle illustriren diese Verhältnisse. — Bezüglich der Bekleidung müssen die Verhältnisse in der Kaukasusarmee besser gewesen sein und, so scheint es, auch zum Theil in Beziehung auf die Verpflegung. — Es bleibt sehr zu beklagen, dass den Aerzten in Bezug auf die Bestimmung der Qualität der Nahrungsmittel nicht eine entscheidende Stimme eingeräumt worden. Jetzt fällt der Administration die Verantwortung für Nahrung und Kleidung voll und ganz zu; sie muss die Folgen welche für die Armee daraus entstanden wohl oder übel auf sich nehmen, während der Oberleitung des Sanitätswesens die Verantwortung für viele andere Mängel bleibt. Wechselfieber, Dysenterie und Typhen hätten bei rechtzeitigen und sachkundigen Maassregeln der Leiter nie die Verbreitung gewinnen können, welche sie nahmen. Mit einem Worte: die Instruction zur Wahrung der Gesundheit der Truppen hätte viel genauer studirt und befolgt werden müssen als es geschehen. Von der Evacuation und den Kranken-Etappen sehe ich, wie bereits erwähnt, in diesem Aufsatz ganz ab, da er nur den Zweck verfolgt die Morbilität, Mortalität und Gesammtverluste der beiden Armeen in groben Zügen übersichtlich darzulegen. — Die Zahlen aber, welche wir aus diesem ersten Kriegsjahre erhalten, sind ebenso instructiv als sie deutlich sprechen. Sie führen uns, wie ich das Eingangs dieser Zeilen bereits aussprach in der Hauptsache meist direct auf die Ursachen hin, welche die Uebelstände verschuldeten, d. h. immer wieder auf die Cardinalpuncte unserer Missstände und Misserfolge, nämlich: unzweckmässige Organisation (Dualismus), schlechte Administration und unsachgemässe Oberleitung.

Gehen wir nun auf das zweite Kriegsjahr über.

(Schluss folgt.)

Referate.

Th. Gluck und A. Zeller Ueber Exstirpation der Harnblase und Prostata. (Arch. f. klin. Chirurg. Bd. XXVI, Hft. 4.)

Wiederum treten die oben gen. Autoren mit einem neuen, kühnen Project, das sie an Thieren und Leichen geprüft, vor das ärztliche Publicum. Das erste Mal war es die Resection der Trachea zur Vermeidung von Schluck-Pneumonien, jetzt die Exstirpation der Harnblase und Prostata. — Die Verf. haben mehrere Methoden ersonnen. Die erste ist folgende: Unter gemischter Morphium-Chloroform-Narcose wird dem Hunde der an die Bauchwand fixirte Penis hart an den Corpora cavernosa lospräparirt und mittelst Fadenschlinge dislocirt erhalten, so dass er den ferneren Gang der Operation nicht mehr behindert. Auf 6—8 Ctm. werden die Bauchdecken schichtweise durchtrennt bis zur Symphyse. Das praeperitonäale Bindegewebe und das Peritonäum werden vorsichtig zurückgeschoben, ebenso wird das letztere von dem hinteren Theil des Vertex. dem oberen Theil der Seitenwände und der hinteren Wand der Blase abgestreift. Dieses gelang meist ohne Verletzung des Bauchfells, etwaige Einrisse wurden mit Catgut ligirt und störten den Wundverlauf nicht. Ligamenta vesico-umbilicalia media und Chordae umbilicales wurden doppelt unterbunden und zwischen den Ligaturen durchschnitten. Hierauf wird die entleerte Blase gefasst und vertical emporgezogen. Die dabei sichtbar werdenden Samenbläschen wurden vorsichtig abgestreift und darauf die Ureteren auf eine Strecke hin sorgfältig isolirt, an der Einmündung in die Blase doppelt unterbunden und zwischen den Ligaturen durchschnitten. Nach sorgfältiger Blutstillung wird die Blase mit ziemlicher Gewalt emporgezogen, dicht über der Prostata ligirt und über der Ligatur abgetragen. Bei stärkerem Anziehen wurde auch die Prostata gut sichtbar und konnte mit abgetragen werden, nachdem unterhalb eine Ligatur um die Pars media gelegt war. Endlich wurden nun die leicht dislocirbaren Ureteren so in die Haut eingenäht, dass sie c. 1 Ctm. aus der Bauchwunde heraushingen Die Haut des Penis wurde durch Suturen vereinigt oder auch der Penis abgeschnitten. Bei einigen Versuchen wurden auch die Ureteren mit dem Corpus trigonum Lieutaudii gemeinsam in die Bauchwunde genäht. Blase oder Mastdarm wurde nie zur leichteren Auffindung ersteren Organs mit Wasser gefüllt. Es starb kein einziges Thier nach diesen Versuchen. — Einfügung der Ureteren in das Rectum führte immer zum Tode, wohl weil aus Furcht vor Compression der Ureteren die Nähte zu wenig dicht gelegt waren. — Eine dritte Methode haben die Verf. nur an Leichen geprüft, weil zu ihrer Ausführung die Verhältnisse am Hunde zu klein sind, d. h. das Einnähen der Ureteren in die Urethra. Um dieses möglich zu machen ohne Gefahr der Occlusion der Ureteren haben die Verf. ein Instrument erfunden, das wesentlich wie ein weiblicher Catheter geformt ist und aus dessen vorderem Ende sich zwei dünne Röhrchen hervorschieben lassen, über welche die Ureteren vor Schluss der Nähte gestülpt werden. Die Operation wurde ebenso wie an den Thieren ausgeführt, nur war es nöthig über der Symphyse einen ankerförmigen Schnitt zu machen und die Mm. recti theilweise zu durchtrennen. In manchen Fällen konnte man so auch die Prostata mit exstirpiren. T.

J. Hirschberg und F. Krause: Zur Pathologie der ansteckenden Augenkrankheiten. (Centralblatt für Augenheilkunde Februar- und Septemberheft 1881.)

Nach A. v. Graefe sind alle Bindehautentzündungen durch das von ihnen gelieferte Secret ansteckend; sie rufen durch Uebertragung des Secrets in ein gesundes Auge Entzündung dieses letzteren hervor. Diese Ansteckung ist jedoch keine specifische, das übertragene Secret wirkt auf die gesunde Schleimhaut nur als Entzündungsreiz, wobei dieser je nach der Beschaffenheit des übertragenen Virus von verschiedener Intensität ist. Nach der Erfahrung beider Autoren muss immer materieller Contact zwischen dem inficirenden Secret und dem inficirten Auge stattgefunden haben, ein Luftcontagium, eine Ansteckung in Distanz wird in Abrede gestellt. Für die acute Conjunctivitis blennorrhoica werden als Infectionsquellen angegeben a) Secret der acuten Conjunctivitis blennorrhoica, b) das Secret der weiblichen Genitalwege während des Geburtsacts und c) das Secret aus der gonorrhoisch afficirten männlichen und weiblichen Harnröhre. Gewöhnlicher phlegmonöser Eiter wirkt in den Conjunctivalsack eines gesunden Auges gebracht nicht inficirend; die Mitte zwischen den eben angeführten stark inficirend wirkenden Secreten und dem unschuldigen phlegmonösen Eiter nimmt das Absonderungsproduct alter Thränensackblennorrhoeen ein. Eine durch Infection der gesunden Conjunctiva mit Eiter einer chronischen Thränensackblennorrhoe bedingte acute Conjunctivitis blennorrhoica gehört zu den selteneren Erscheinungen.

H. und Kr. haben nun die verschiedenen Secrete der Bindehaut, des Thränensacks, der männlichen und weiblichen Harn- und Geschlechtswege einer vergleichenden Untersuchung unterzogen. In einem Falle von Urethritis gonorrhoica entnommenem Secret fanden sich ausser sehr zahlreichen Eiterkörperchen und wenigen Epithelzellen auch Mikrokokken. Diese fanden sich in charakteristischen Häufchen theils frei, theils in den Eiterkörperchen, theils auch in den Epithelzellen gelagert. — In einem Falle von acuter Conjunctivalblennorrhoe, deren Trägerin an putridem Fluor litt, zeigte das Conjunctivalsecret recht reichliche Mengen von Mikrokokken und Stäbchenbacterien. Bei typisch gonorrhoischer Conjunctivalblennorrhoe fanden sich Mikrokokken immer vor und zwar in sehr grosser Anzahl. Bei regressiver Conjunctivitis gonorrhoica mit wenig Secret fanden H. und Kr. keine Kokken. Weiterhin fanden sich Mikroorganismen im Secret der diphtheritischen Conjunctivalerkrankungen, dessen bedeutende Ansteckungsfähigkeit so sehr gefürchtet wird. — Bei Betrachtung der Blennorrhoea neonatorum, deren Zustandekommen wohl immer auf directe Infection des Conjunctivalsackes durch Vaginalsecret während oder nach der Geburt zurückzuführen ist, legten sich die Verf. die Frage vor, ob nicht das bei jeder Geburt abgesonderte Vaginalsecret genüge, um gelegentlich eine Infection der Augen des Kindes zu bewirken. Die mikroskopische Untersuchung des Secrets eines benignen Fluor albus ergab eine Anzahl von Mikrokokken und Stäbchenbacterien. Normales Scheidensecret einer gesunden Erstgebärenden zeigte viele Stäbchen aber keine Kokken. Normales Lochialsecret enthielt vereinzelte Kokken in mässiger Menge. Das Secret in einem Falle von starkem Fluor albus bei einer Schwangeren mit leichter Kolpitis granulosa zeigte viele Kokken. Im Secrete von virulentem Fluor sechs Tage nach der Entbindung fanden sich wenig Kokken. Vaginalsecret einer vor 6 Wochen entbundenen Syphilitica zeigte Kokken und Stäbchen-Bacterien in ziemlich grosser Zahl. — Somit sind die verschiedenen Vaginalsecrete auf ihren Gehalt an Mikroorganismen nur graduell von einander verschieden, und kann demnach ganz normales, während der Geburt abgesondertes Scheidensecret die Infection der Augen des Kindes verursachen. — Im Secret der Blennorrhoea neonatorum fanden sich immer Mikrokokken.

Weiterhin konnten noch Mikrokokken nachgewiesen werden im Secret des acuten steifen Schwellungscatarrh der Conjunctiva, jedoch nur in geringer Menge, dann im Secret des croupösen Bindehautcatarrhs bei phlyctänulärem Bindehautcatarrh und bei Conjunctivitis granulosa.

Im Secret der Thränensackblennorrhoe fanden sich in einem Falle, wo gleichzeitig Hypopyon-Keratitis bestand, einige Stäbchenbacterien. Hypopyon-Eiter enthielt nur wenige Kokken.

Aus allen diesen Befunden geht mit Sicherheit hervor, dass alle Conjunctivalerkrankungen, welche mit stärkerer Secretion einhergehen direct infectiös sind und eine antiseptische desinficirende Behandlung fordern. L.

Prof. Kowalewsky (Charkow): Zur Lehre von der Ansteckungsfähigkeit der Hundswuth. (Wratsch № 43.)

Während die Uebertragung des Wuthgiftes vom Thier auf Menschen keinem Zweifel unterliegt, ist die Uebermittelung des Giftes vom Menschen zum Menschen zum mindestens noch fraglich und jeder Beitrag zur Klärung dieser Frage willkommen. Verf. erzählt folgenden interessanten Fall:

Im Juni 1876 wurde ins Charkower Irrenhaus ein 9-jähriger, von einem Hunde gebissener Knabe mit allen Anzeichen der Hydrophobie aufgenommen, die bereits 3 Tage anhielten. Im allgemeinen Zimmer sitzend versuchte Pat. einen Kringel zu speisen, jedoch fiel ihm derselbe aus dem Munde. Dieses nahm ein Idiot wahr, ergriff den über und über mit Speichel bedeckten Kringel und verzehrte ihn, ohne dass nachher irgendwelche Symptome auftraten. — Einen anderen Kranken, der deutliche hydrophobische Symptome zeigte, konnte Verf. nur dadurch beruhigen und zur Behandlung willig machen, dass er seiner Bitte nachgab und ihn c. 10 Mal auf den Mund küsste.

Aus diesen Thatsachen schliesst Verf., dass die bestehende Verordnung, alle von einem Wuthkranken benutzten Effecten zu vernichten, eine zu weitgehende ist.

Ferner hat Verf. Versuche bezüglich der Uebertragung des Wuthgiftes vom Menschen auf Thiere gemacht; er injicirte Hunden sowohl Speichel, wie auch Venenblut von Wuthkranken subcutan, jedoch blieben die Hunde vollkommen gesund.

Nebenbei erwähnt Verf. seiner Beobachtungen bezüglich der Therapie vermittelst prolongirter Bäder (28—29° R. 3—4 Stunden lang) und fordert die Collegen auf, sie bei Hundswuth zu versuchen. P.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

T. H. Huxley's Leitfaden für praktische Biologie. Deutsch von O. Thamhayn. Stuttg. F. Enke 1881.

Durch die Uebersetzung von Huxley's und Martins «A course of elementary instruction in practical biology» glaubt T. einem praktischen Bedürfnisse abgeholfen und dem deutschen angehenden Naturforscher und Arzte neue Anregung zum Studium der Vorgänge des Lebens gegeben zu haben. Diese Voraussetzung halten wir für völlig berechtigt, denn H.'s Werkchen (die deutsche Ausgabe umfasst nur 12 Druckbogen) ermüdet nicht durch lange Beschreibungen, sondern zeichnet sich durch die Art und Weise aus, wie der Leser sofort zu eigenen Arbeiten aufgefordert wird. Immer folgt auf je 2—3 (selten mehr) Seiten eines interessanten Textes die ausführliche Anleitung zu entsprechenden morphologischen und physiologischen Untersuchungen im Laboratorium und gerade dieses fortwährende Erheischen selbstständigen Forschens muss den Studirenden in hohem Grade animiren. Es ist eben ein englischer d. h. praktischer Leitfaden für Alle, die sich tüchtige Fundamente biologischen Wissens aneignen wollen und sei hiermit bestens empfohlen. Von den kleinsten Organismen beginnend, macht uns der Verf. in 13 Capiteln der Reihe

nach mit der Hefe, dem Protokokkus, den Amöben, den Bacterien, den Schimmelpilzen, der Chara und Nitella, dem Farrnkraut, der Bohnenpflanze, den Vorticellen, den Süsswasserpolypen und -Muscheln, dem Süsswasserkrebs und Hummer bekannt, um in längerer Schilderung mit der unvermeidlichen rana temporaria et esculenta zu enden. F—t.

Th. A. Emmet: Principien und Praxis der Gynäkologie. Deutsch herausgegeben von Dr. C. G. Rothe. Leipzig, Ambr. Abel. 1881. Gr. 8°. 576 S.

Es wird vielfach geklagt, dass die medicinische Literatur dem praktischen Arzt über den Kopf wachse, sein Beutel versage die Dienste, um alle neuen Erscheinungen zu erwerben, seine Zeit erweise sich erst recht insufficient, um das Erworbene auszunützen. Diese Klagen, soweit sie den Beutel betreffen, müssen nicht so schlimm gemeint sein, wo fänden sonst die Verleger den Muth, unaufhörlich mit prachtvoll ausgestatteten Werken den Markt zu überschwemmen. Die Zeit aber, ein gutes Buch zu lesen, welches Gebiete behandelt, auf denen er sich täglich bewegt, findet auch der beschäftigtste praktische Arzt. Auf ein solches gutes Buch hinzuweisen, ist Zweck dieser Zeilen. Das Werk hat eine specifisch amerikanische Eigenschaft an sich, es athmet einen eminent praktischen Geist. Der Verf., das sieht man auf jeder Seite, giebt nur selbst Controlirtes, selbst Gesehenes, obgleich er die betreffende Literatur nicht vernachlässigt. Es ist mit einem Wort kein neues Compilatorium, das dem Publikum geboten wird, sondern die Erfahrungen langjähriger ausgedehnter Beobachtungen, der Ausdruck selbsterworbener Ueberzeugung, nicht das Auskramen zusammengelesener Weisheit. Das giebt dem Buche einen durchaus originellen Stempel, und man ist überrascht, über manche Fragen in durchaus anderer Weise belehrt zu werden, als die gebräuchlichen Compendien es thun. Um einige Beispiele anzuführen, so erkennt Emmet keine chron. Entzündung des Uterus an, ausser nach dem Puerperium. Eine Entzündung ist nach ihm ein acuter Process, dessen Producte auf unbestimmte Zeit persistiren können, was aber gemeinhin chron. Metritis genannt wird, ist entweder Subinvolution des Uterus, meist in Folge von Laceration der Cervix, oder aber die Hyperplasie ist eine blos scheinbare, durch fehlerhafte Circulationsverhältnisse bedingte. Eine sorgfältige Betrachtung ist der Laceration der Cervix (unter Cervix ist die Portio vaginalis verstanden) nach dem Puerperium gewidmet. Dieselbe ist meist doppelt, beiderseits seitlich, und hat den Effect, dass beim Aufrechtstehen die hintere Lippe im hinteren Laquear sich aufstützt, herausgerollt wird, einen ständigen Reiz auf die Circulationsverhältnisse in der Cervix ausübt, und Veranlassung wird, dass der Uterus sich nicht gehörig zurückbilden kann, durch seine Schwere die eben geschilderten Verhältnisse unterhält, und das ganze Heer der Uterinbeschwerden hervorruft. Diese Lacerationen sind diejenigen Zustände, die als Hypertrophien der Cervix imponiren, in Wirklichkeit ist aber keine Hypertrophie vorhanden, wovon man sich überzeugen kann, wenn man beide Lippen durch Häkchen einander nähert. Amputation ist hier ein Kunstfehler, Anfrischung und Vernähung zur Bildung einer normalen Cervix die entsprechende Therapie. Früher hat Emmet auch amputirt, seit 12 Jahren, seitdem er über diese Verhältnisse ins Klare gekommen, versichert er, überhaupt keiner Hypertrophie der Cervix mehr in seiner Praxis begegnet zu sein, — mit Ausnahme von Neubildungen, — und läugnet auf das Stricteste das Vorkommen derselben. Ausgedehnteste Anwendung macht Emmet von Heisswasserdouchen schon seit einer langen Reihe von Jahren, sie sind ihm ein souveränes Mittel um Blutung zu sistiren, ausserdem ein Resolvens, das sicherste Mittel active und passive Fluxion zu bekämpfen. Einzelne Gegenstände haben wir natürlich nur herausgreifen können, wir können kein Excerpt des Werkes geben, und haben auch nur an einigen Beispielen zeigen wollen, dass Verf. nicht auf ausgetretenen Bahnen wandelt; die Lectüre ist leicht, die Schreibweise ist einfach, wir möchten sagen nobel, der ganze Eindruck, wir wiederholen es, der des Praktischen, Sachlichen. Sehr instructiv sind auch die Operationen des Dammrisses, der Blasen- und Mastdarmscheidenfistel. Soviel der Raum es gestattete, hat auch einschlägige Casuistik Platz gefunden. Von immensem Fleiss zeugen die statistischen Tabellen über Menstruationsverhältnisse, Lageveränderungen, die nur zum Theil in der deutschen Ausgabe reproducirt sind. Jedem, den seine Thätigkeit und sein Interesse auf das Gebiet der Gynäkologie führt, kann die Lectüre vorliegenden Werkes aufs Wärmste empfohlen werden. Schon durch seine prachtvolle äussere Ausstattung besticht das Buch, der Druck und das Papier sind tadellos, die Zeichnungen ungemein übersichtlich und sauber. S—t.

Russische medicinische Literatur.

№ 288. Wratsch. № 47.

Inhalt: a) W. Popow: Die Anwendung der Wasserleitung in den Häusern zur Hervorbringung einer constanten Abkühlung oder Erwärmung zu therapeutischen Zwecken.
b) J. Sharnowski: Anthrax beim Menschen und seine rationelle Behandlung. (Schluss.)
c) N. Popow: Ein Fall von Extrauterinschwangerschaft.
d) J. Ssorokin: Die Aufsicht über die Verpflegung in den Militärhospitälern.
e) M. Galanin: Bemerkungen zum Project der Organisation des Hospitalwesens in St. Petersburg.

№ 289. Wratschebnija Wedomosti. № 45.

Inhalt: a) Biographie Prof. M. Rudnew's.
b) G. Gatschkowski: Therapeutische Bedeutung der Stickstoffinhalationen bei chronischen Krankheiten der Athmungsorgane.
c) F. Treskin: Eine Erysipelas-Epidemie in Nowogeorgiewsk.

№ 290. Klinitscheskaja Gaseta № 34.

Inhalt: a) W. Bechterew: Experimentelle Untersuchungen über Drehbewegungen bei Thieren.
b) T. Jankowski: Ueber das diphtheritische Contagium.
c) A. Bjelzow: Ein Fall von Luxation des rechten Armes im Schultergelenk bei Sarcom desselben. (Schluss.)

№ 291. Wojenno-Sanitarnoje Djelo № 30.

Inhalt: a) W. Radakow: Ueber den Sanitätszustand des 11. Armeecorps.

№ 292. Bericht über die Thätigkeit der Gesellschaft Tula'scher Aerzte für das Jahr 1879—80.

Inhalt: a) E. Wigand: Medicinischer Bericht über das Krankenasyl bei der Tula'schen Gewehrfabrik.
b) A. Woitow: Ein Fall von Gehirn-Abscess.
c) W. Smidowitsch: Die epidemischen Krankheiten in Tula im Jahre 1878.
d) J. Zetlin: 4 Fälle von Urethritis, geheilt nur durch inneren Gebrauch von Kali chloricum.
e) Derselbe: Ein Fall von Hydrops, geheilt durch inneren Gebrauch von Blatta orientalis.
f) A. Rudnew: Ein Fall von Resection bei complicirter Fractur des Unterschenkels.
g) Derselbe: Pathologisch-anatomischer Befund bei einem Falle von Carbolvergiftung.
h) Derselbe: Ein Fall von Blutaustritt aus den Gefässen der Medulla oblongata in Folge eines Sturzes aus dem Wagen.
i) A. Ramich: Ein Fall von künstlicher Frühgeburt.
k) P. Wosnessenski: Ein Fall von Selbstvergiftung mit Carbolsäure.

№ 293. Bericht über die Thätigkeit der Gesellschaft Tula'scher Aerzte für das Jahr 1880—81 nebst Beilagen.

Inhalt: a) G. v. Hartmann: Ein Fall von circulärer Ruptur des Cervix uteri beim Abort.
b) M. Grünstein: Verlust des Geruchs und Geschmacks.
c) Derselbe: Ein seltener Fall von moralischem Blödsinn.
d) J. Kurkowski: Idiopathischer Abscess im Gehirn.
e) E. Wigand: Medicinischer Bericht über das Krankenasyl der Tula'schen Gewehrfabrik pro 1880.

St. Petersburger Inaugural-Dissertationen

vom Jahre 1881.

— P. Putilow: Materialien zur Kenntniss der wichtigsten Oberflächen des menschlichen Körpers.
— W. A. Popow: Zur Lehre vom Corpus luteum und zur Pathologie des menschlichen Ovarium. Mit 2 Tafeln Abbildungen.
— Steph. Lipinski: Material zur Pharmakologie der Scilla maritima. (Einfl. des Scillotoxin auf das Herz und Gefässsystem.)
— N. Ssnjeshkow: Zur Frage der Resorption wässriger Lösungen von Eisensalzen durch die Haut von Kindern und jungen Thieren. (Werth der Eisenbäder in der Kinderpraxis.)
— Nasarow: Ueber die Bedeutung künstlich hervorgerufener Temperaturschwankungen für den thierischen Organismus.
— N. Slatkowski: Ueber den Einfluss von Transpiration und prolongirter Milchdiät auf die Resorption der stickstoffhaltigen Substanzen der Kuhmilch durch den Darmkanal des gesunden Menschen.
— J. Rachmaninow: Zur Frage der Regeneration quergestreifter Muskelfasern.
— Steph. Kalantarianz: Zur pathologischen Anatomie des Plexus solaris et hypogastricus bei Peritonitis und Typhus abdominalis.
— N. Bogojawlenski: Ueber den pharmakologischen und klinischen Einfluss der Blüthen von Convallaria majalis auf das Herz.
— Fradkin: Ueber die pathologisch-anatomischen Veränderungen in der Haut der Kinder und Kälber bei Entwickelung der Vaccinepusteln. Mit Abbildungen.
— Wlad. Laman: Materialien zur Pathologie der Auerbach'schen Ganglien.
— Alex. Panfilowitsch: Zur Frage der quantitativen Bestimmung des Bleies in Leichen mit Bleizucker Vergifteter.
— S. Basskin: Klinische Beobachtungen über Ruptura perinäi während der Geburt.
— L. Morochowez: Die Gesetze der Verdauung.
— W. Bechterew: Versuch klinischer Temperaturbestimmung bei einigen Formen von Psychosen.
— N. Scherschenewitsch: Ueber den Einfluss von Chloral, Chloroform und Saponin auf die rothen Blutkörperchen innerhalb und ausserhalb des Körpers.

— Al. Tscherepnin: Zur Physiologie des Hemmungsapparates des Herzens.

— J. Makawejew: Materialien zur Kenntniss der Wirkung der verschiedenen Mineralbäder von Staraja Russa auf Körpertemperatur, Puls und Respiration.

— A. Belzow: Materialien zur Pathologie und Therapie der organischen Verengerungen der Urethra.

— Stanisl. Danillo: Zur pathologischen Anatomie des Rückenmarks bei Phosphorvergiftung. Mit Abbildungen.

Auszug aus den Protokollen des Deutschen ärztlichen Vereins.

Sitzung vom 21. September 1881.

1) Dr. Sesemann: zur Therapie der Psoriasis. Radicale Heilung der Psoriasis gehört zu den Seltenheiten. Inveterirte Fälle und solche bei alten Leuten gelingt es schwer zu bessern oder aufzuhalten. Am Meisten bewährt hat sich das Chrysarobin, die sogen. Chrysophansäure. Bei der empfohlenen Application derselben, 10 Theile auf 40 Th. Vaselin. beobachtet man aber fast constant Dermatitis der Umgebung und Weiterschreiten der Psoriasis an der Peripherie der gebesserten oder geheilten Hautpartie. Nach Dr. Sesemann's Erfahrung leistet eine Lösung von Gr. X in ℥j Collodium treffliche Dienste; die Einwirkung des Chrysarobin bleibt genau fixirt und wird sehr gut vertragen. In einem Fall von ausgedehnter Psoriasis über alle Extremitäten und einen grossen Theil der Brust war der Heilerfolg ein ausgezeichneter. Innerlich hat Dr. Sesemann in diesem Fall Carbolsäure angewandt und zwar Gr. X pro die, ohne derselben Erfolg zuzuschreiben; das Arsen in grossen Gaben, gewöhnlich in Form der pilul. asiat. hilft eine Zeit lang und versagt dann plötzlich seine Dienste. Von Sublimatbädern hat Dr. Sesemann wenig Nutzen gesehen.

Dr. Wulff hat bei einer 2 Jahre dauernden Psoriasis an einem Mann im Obuchow-Hospital nach vergeblicher Application der Chrysophansäure, nach Sublimatbädern freilich erst nach 90, guten Erfolg gehabt.

2) Dr. Wulff fordert zur Besichtigung eines Patienten im Obuchow-Hospital auf, der eine progressive Osteomalacie der meisten Skelettheile darbietet.

3) Dr. Kade: über einen Fall von Darmresection: Die Operation wird ausgeführt bei Neubildung, zur Heilung eines Anus praeternaturalis, bei Gangrän des eingeklemmten Bruches. Eine 42-jährige, sehr wohlbeleibte Frau, seit Jahren mit grossem Nabelbruch behaftet, erkrankte am 27. August mit Symptomen der Incarceration. Obgleich vom ersten Tage an totale Obstipation war, wurde erst am 6., nachdem Kothbrechen aufgetreten, die Diagnose gestellt; am 7. September sah Dr. Kade die Kranke zum ersten Mal und fand die Bauchwand über der faustgrossen Hernie in einen schwarzen Schorf verwandelt, aus kleinen Oeffnungen sickerte faecale Flüssigkeit hervor, und treten Darmgase aus. Denselben Abend vollzog Dr. Kade die Herniotomie und die Darmresection. Nach Spaltung des Schorfes und des mächtigen Fettpolsters lag erst in grosser Tiefe die abgeschnürte Darmpartie zu Tage; das brandige Darmstück betrug 5—6 Ctm. Länge und lag ganz gelöst vor. Es wurden 3—4 Ctm. von jedem Ende resecirt und der Darm durch die Lembert'sche modificirte Naht vereinigt. Die Frau lebte 30 Stunden nach der Operation, die Incarcerationserscheinungen hatten nach derselben so gleich aufgehört, das Erbrechen sistirte, mehrere faeculente Stühle erfolgten. Der Collaps während der Operation war hochgradig. Die Section ergab, dass die Darmnähte vollständig gut geschlossen waren. Dr. Kade macht darauf aufmerksam, dass nicht die Unwegsamkeit des Darms, sondern die Parese der Muscularis, das Aufhören der Peristaltik, auch in diesem Fall den Abgang der Faeces aus dem unterhalb liegenden langen Darmtheil verhinderten.

Dr. Wulff hat vor 1½ Jahren eine Darmresection bei gangränöser Inguinalhernie an einem 16-jährigen Mann, am 8. Tage der Incarceration ausgeführt; er fand nach Eröffnung des Bruchsackes die Darmschlinge schieferfarben und perforirt. 6 Stunden nach der Operation starb Patient.

4) Von dem Vorsteher des Vereins aufgefordert über eine von Herrn Dr. Spörer eingegangene Abhandlung, betitelt: «Die katarrhalisch-croupöse Nierenentzündung und die Bright'sche Nierenerkrankung, zwei complet differente Krankheiten, erwiesen durch exacte Beobachtung, Deduction und Schlussfolgerungen aus unläugbaren Thatsachen» — zu referiren, theilt Dr. Amburger mit:

Das vom Verf. besonders hervorgehobene Unterscheidungsmoment soll in der Anamnese der Nierenkrankheiten zu finden sein. Verf. findet in den Antecedentien ein positives Kriterium für eine praecise Diagnose, und zwar: eine croupöse Nierenentzündung wird veranlasst hauptsächlich durch gewisse Infectionskrankheiten, besonders, in absteigender Häufigkeit Scarlatina, Erysipel, Cholera, Typhus exanthematicus; dann folgen Irritamente, meist Arzeneimittel, ferner Abusus von Alcohol und scharfen Gewürzen, endlich starke Abkühlungen des erhitzten, schwitzenden Körpers. Zu den Antecedentien der Bright'schen Nierenkrankheit zählt Verf. ausser hereditärer, vornehmlich scrophulöser Krankheitsanlage, vor Allem in früherer Zeit medicamentös in Anwendung gezogene Bleipräparate. Die Bleioxydsalze sollen neben zahlreichen deletären, oft nach langer Zeit sich kundgebenden Einwirkungen auf den Organismus, auch vor Allem die häufigste Veranlassung des Morbus Brightii sein. Verf. hat besonders die interstitiellen Bindegewebswucherungen, später Schrumpfungen der Niere im Auge, welche er auf interstitielle Infiltration einer albuminösen Substanz und eine pseudoplastische Bindegewebswucherung zurückführt und aus der Reihe der Entzündungsvorgänge entfernt wissen will.

Referent meint, dass eine stricte Differenzirung der Formen der Nierenentzündungen wenigstens klinisch nicht durchzuführen ist. Eine Nephritis scarlatinosa mit desquamativem superficiellem Charakter kann man mit tiefgehender parenchymatöser Degeneration und selbst mit Schrumpfung enden sehen. Nur die gemeine Schrumpfniere nach Bartels scheint mit allgemeiner Sclerose der Arterien in directem Zusammenhange zu stehen und nicht Ausgang diffuser Nephritis zu sein: (Arteriosclerosis der Niere, Leyden.)

Referent erinnert sich nicht, dass die sehr zahlreich vorkommenden Fälle von professioneller Bleiintoxication in unseren Hospitälern je ein Contingent zum Morbus Brightii stellen und findet zu wenig Beweiskraft in dem anamnestischen Nachweis medicamentöser Ordination von Bleipräparaten. Er erinnert an eine Arbeit von Dr. Masing («Beobachtung über die Ausscheidung des Eiweisses durch die Nieren in einigen Fällen von parenchymatöser Nephritis» St. Petersb. med. Zeitschrift 1869 Bd. XVI Heft 6.) Masing behandelte 8 genau beobachtete Fälle von Morbus Brightii im Marien-Magdalenenhospital ausschliesslich mit Plumbum aceticum. Im Maximum hatte ein Kranker in 33 Tagen 66 Gr. des Medicaments eingenommen; irgend schädliche Folgen wurden nicht beobachtet, wohl aber fast constant Abnahme der Albuminuria; bei 5 Kranken war das Eiweiss nur in Spuren nachweisbar oder ganz geschwunden; bei einem der letzteren Fälle war der Harn nach einem Jahr völlig eiweissfrei und der Mann ganz gesund. Die Mittheilung aus der reichen praktischen Erfahrung unseres hochgeachteten Collegen soll jedoch eine willkommene Aufforderung sein auf die Aetiologie des Morbus Brightii zu achten, umsomehr als Fälle von Nierenschrumpfung nach chronischer Bleiintoxication mehrfach beobachtet worden sind.

5) Dr. von Maydell theilt mit, dass auf Verordnung des Medicinaldepartements in Petersburg Bezirksaerzte angestellt werden, deren alleinige Function sein soll in dem ihnen anvertrauten Rayon den Quellen resp. der Anhäufung infectiöser Krankheiten, besonders des Typhus exanthematicus in den einzelnen Häusern nachzuforschen.

z. Z. Director Dr. Herrmann.
Secretär Dr. Amburger.

Tagesereignisse.

— Am 21. November fand die Einweihung der Capelle des neuen *städtischen Barackenhospitals* auf dem Alexanderplatz in Gegenwart der städtischen Vertreter, des Ministers und vieler anderer Notabilitäten statt. Die einzelnen Baracken (es sind 20 für Kranke und 2 grosse für Convalescenten) enthalten 68 Cub.-Faden Luftraum, haben Firstventilation und je 4 grosse Mantelöfen. Ein grosser Uebelstand ist die grosse Entfernung der Administrativ- und Oeconomie-Gebäude, sowie der Apotheke und des ärztlichen Dejourzimmers. Alle diese Locale liegen am einen Ende der langen Reihe und sind von der letzten Baracke etwa 500 Schritt (= 5 Min. Gang) entfernt; bei starkem Frost, Schnee, Regen, Sturm, — wird sich's oft genug erweisen, wie *sehr* gedeckte Communicationen fehlen. Ob die Hoffnung der Erbauer, durch breites Placement (es sollen in jeder Baracke nur 12 Typhöse liegen) der enhospitalen Ansteckung des Personals vorzubeugen, sich in praxi bestätigen wird, — das dürfte sehr zweifelhaft sein. Man sieht überhaupt, dass hygieinischen Principien in anerkennenswerther Weise, — dem praktischen täglichen Betrieb aber nicht genug Rechnung getragen ist. Obgleich nun die officielle Einweihung mit dem obligaten Festessen bereits erfolgt ist, — dürfte noch einige Zeit vergehen, bis das Hospital zur Aufnahme von Kranken schreiten kann, denn Vieles bleibt noch zu beenden.

— In Kijew ist Dr. J. Woino gestorben. Der Verstorbene war lange Zeit Kijew'scher Stadtarzt, musste aber vor 3 Jahren wegen schwerer Krankheit dieses Amt aufgeben. In der letzten Zeit war er vollständig erblindet. Von seinen Arbeiten ist namentlich eine «Sammlung von Gesetzen, Regeln und Instructionen für Aerzte, Veterinäre u. s. w.» bekannt. (Wr. Wed.)

— Prof. Busch, dessen Tod wir bereits in der vorigen Nummer gemeldet haben, ist im besten Mannesalter nach kurzem Krankenlager einer Typhlitis erlegen. B. ist im J. 1826 zu Marburg geboren und gehört noch zu den Schülern Joh. Müllers, dessen Assistent er mehrere Jahre war. Später wandte er sich der Chirurgie zu, wurde Langenbeck's Assistent, habilitirte sich 1851 als Privatdocent in Berlin, von wo er im Jahre 1855 als Prof. der Chirurgie nach Bonn berufen wurde. Er betheiligte sich als Arzt an den Kriegen in Schleswig (1848), Böhmen (1866) und Frankreich (1870/71), an letzterem bereits als Generalarzt und consultirender Chirurg. B. hat eine stattliche Zahl von Arbeiten über Chirurgie und vergleichende Anatomie veröffentlicht; die grösste und bekannteste ist sein Lehrbuch der Chirurgie. Wie der Rector der Universität Bonn der Todesanzeige Busch's treffend hinzufügt, «verliert die Universität in ihm einen ihrer besten Lehrer, die Wissenschaft einen her-

vorragenden Vertreter, die Collegen einen durch Liebenswürdigkeit und Zuvorkommenheit ausgezeichneten Amtsgenossen, die Stadt einen ihrer tüchtigsten Bürger, die Armen und Leidenden einen stets bereiten Helfer, das Vaterland, dem er in schwerer Zeit grosse Dienste leistete, einen edlen Mann».

— An Vulpian's Stelle, dessen Rücktritt wir neulich anzeigten, ist Prof. Béclard Decan der medicinischen Facultät in Paris geworden.

— Der Dr. med. Herzog Carl Theodor von Baiern ist zum General-Inspector aller Militärhospitäler in Baiern ernannt worden.

— Wie der «Wratsch» meldet, erhält die russische medicinische Presse wieder einen Zuwachs. Mit dem Beginn des nächsten Jahres wird nämlich der Professor der hiesigen militär-medicinischen Academie K. Slawjanski eine neue Monatsschrift unter dem Titel «*Internationale Klinik*» (Международная клиника) herausgeben, die eine Fortsetzung der «Wiener Klinik» (?) bilden soll, jedoch mit bedeutend erweitertem Programm. Ausser Originalartikeln aus allen Gebieten der Medicin, wird die neue Zeitschrift Referate und Kritiken über Arbeiten und Werke aus der Medicin und den Naturwissenschaften, sowie ein Verzeichniss neu erschienener Bücher bringen. Der Preis für 12 Hefte (zu je 3—5 Bogen) wird 4 Rbl. betragen.

— Wie die «Nowosti» erfahren, sollen die Landschaftsärzte des Wytegra'schen Kreises (Gouv. Olonez) bereits seit 5 Monaten ihre Gage nicht erhalten haben, da die Landschaftscasse leer ist.

— Sämmtliche acht Aerzte der Jekaterinenburg'schen Landschaft haben ihren Abschied eingereicht. Die Veranlassung zu dem Conflict mit der Landschaft war, wie der «Wratsch» erfährt, folgendes: Die Aerzte waren in die Landschaftsversammlung geladen worden mit dem Recht einer berathenden Stimme. Plötzlich wurden dort vollkommen grundlose Anschuldigungen gegen sie geschleudert; so wurde einer von ihnen ohne allen Grund beschuldigt, dass er insgeheim gleichzeitig der Landschaft und der Krone diene. Ihren Mittheilungen wurde offenes Misstrauen entgegengetragen, z. B. wurde beim Hinweis, dass die Zahl der Syphilitiker zunimmt, von Mitgliedern der Landschaftsversammlung deren eigene Beobachtungen und Diagnosen den Diagnosen und Beobachtungen der Aerzte entgegengestellt und dergl. mehr. In Folge solcher Beleidigungen beschlossen die Aerzte einmüthig, den Dienst bei der Landschaft zu quittiren.

Miscellen.

— In Kijew wurde vor Kurzem beim Friedensgericht folgende curiose Sache verhandelt. Der Hausbesitzer W. hatte den Dr Makarewski, welcher ein Quartier in seinem Hause gemiethet hat, darauf verklagt, dass Letzterer ein Schild an dem Hause mit der Aufschrift: «Heilanstalt für venerische- und Haut-Krankheiten» angebracht habe. W. fand, dass durch dieses Schild sein ganzes Haus beschimpft werde. Das Friedensrichter-Plenum sprach aber dem Arzte das Recht zu das Schild anzubringen.

(«Kijewljanin» — «Wratsch»).

— Neuerdings ist in London auf Grund des in England gegen die Vivisection gerichteten Gesetzes ein Process zur Verhandlung gekommen, der in den dortigen medicinischen Kreisen Aufsehen erregt hat. Auf dem letzten internationalen medicinischen Congresse zu London hatte nämlich Prof. Ferrier bei Gelegenheit der Discussion mit Prof. Goltz (Strassburg), der über Abtragung von Gehirnabschnitten bei Thieren berichtete, auf Versuche hingewiesen, die er im Laboratorium des Kings College-Hospitals an einem Affen anstellte, den er den Mitgliedern der Section für Anatomie und Physiologie auch vorstellte. In Folge dessen wurde Prof. Ferrier von Mitgliedern des Thierschutzvereins darauf verklagt, dass er das gegen die Vivisection gerichtete Gesetz verletzt habe. Ferrier wurde freigesprochen, jedoch nur weil es sich herausstellte, dass nicht er, sondern Prof. Yeo, der dazu die Erlaubniss besass, operirt hatte.

Personal-Nachrichten.

Amtliche.

— *Ordensverleihungen:* Seine Majestät der Kaiser hat zu verleihen geruht:

— Den *St. Wladimir-Orden IV. Cl.*: Dem Staatsrath Dr. med. Radezki, consult. Arzt bei der Maximilian-Heilanstalt und beim Kinder-Asyl I. K. H. der Grossfürstin Catharina Michailowna.

— *Befördert*: *Zum Staatsrath*: Der Coll.-Rath Lehmann, jüng. Ord. a. D. beim Marien-Magdalenen-Hospital.

— *Ernannt*: Coll.-Rath Siebert, ält. Arzt des Handwerker- und Arbeiter-Cadres in den Häfen des östlichen Oceans — zum Chef des gesammten Medicinalwesens dieser Häfen und zum Oberarzt des Marinehospitals zu Wladiwostok an Stelle des Staatsrathes Baumbach, der zum ält. Schiffsarzt der 2. Flottenequipage ernannt worden ist; Staatsrath Karassewitsch, Oculist und ält. Arzt der 2. Schwarzmeer-Flottenequipage — zum Gehilfen des Chefs des Medicinalwesens der Schwarzmeer-Flotte und -Häfen; Coll.-Rath Shukowski, Kreisarzt von Mohilew — zum Ehrenmitglied des Gouvernements-Curatoriums der Kinder-Asyle zu Mohilew; Coll.-Rath Asbelew, dem Petersburger Nicolai-Militärhospital zukommandirt — zum Director des Ochta-Kinderasyls, und Dr. med. Grjasnow, Arzt des Landschaftshospitals zu Tscherepowez — zum ält. Arzt des Gouvernements-Landschaftshospitals zu Poltawa.

— *Enthoben*: *auf eigenes Gesuch*: Dr. med. Seidler — seiner Stellung als ält. ausseretatm. Arzt der Petersburger Polizei.

— *Entlassen aus dem Dienst: auf eigenes Gesuch*: Dr. med. Ginsburg, Directorsgehilfe bei der Charkowschen Hebammenschule.

Vacanzen.

— *Eine Landschaftsarztstelle* im Kreise *Peremyschl*, Gouvernement *Kaluga* ist vacant. Gehalt 1200 Rbl. jährlich. Qualificirte Bewerber sind gebeten ihre Gesuche unter Beifügung der nöthigen Documente an das Kreis-Landschaftsamt von Peremyschl zu richten.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 22. November 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	705	249	954
Alexander- «	450	150	600
Kalinkin- «	—	473	473
Peter-Paul- «	269	113	382
St. Marien-Magdalenen Hospital	161	73	234
Marien-Hospital	292	239	531
Ausserstädtisches Hospital	214	193	407
Roshdestwensky-Hospital	50	36	86
(Nicolai-Militär)-Hospital (Civilabth.)	338	147	485
6 zeitw. Hospitäler	726	152	878
Ausschlags-Hospital	7	13	20
Summa der Civilhospitäler	3212	1838	5050
Nikolai-Kinder-Hospital	37	49	86
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	62	95	157
Elisabeth-Kinder-Hospital	37	28	65
Summa der Kinderhospitäler	136	172	308
Nicolai-Militär-Hospital	489	25	514
Ssemenow'sches Militär-Hospital	187	—	187
Kalinkin-Marine-Hospital	333	—	333
Gesammt-Summa	4357	2035	6392

Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	959	258	1217
Scarlatina	11	20	31
Variola	6	11	17
Venerische Krankheiten	699	466	1165

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 15. bis 22. November 1881 besucht von 2389 Kranken, darunter zum ersten Mal von 1047.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs.

für die Woche vom 8. bis 14. November 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 512 (Todtgeborene 14). — Mortalität 39,7 p. M.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
273	239	512	99	18	68	13	6	30	50	63	54	40	38	20	9	4

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 9, Typh. abd. 21, Febris recurrens 14, Typhus ohne Bestimmung der Form 4, Pocken 4, Masern 0, Scharlach 5, Diphtheritis 16, Croup 3, Keuchhusten 2, Puerperalkrankheiten 5, Dysenterie 0, Thiergift 2, andere Infectionskrankheiten 15.

— Gehirnapoplexie 13, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 21, andere Gehirnkrankheiten 25, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 21, acute Entzündung der Athmungsorgane 47, Lungenschwindsucht 87, andere Krankheiten der Brusthöhle 18, Gastrointestinal-Krankheiten 74, andere Krankheiten der Bauchhöhle 19, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 30, Marasmus senilis 22, Cachexia 13.

— Tod durch Zufall 8, Selbstmord 2, Mord 1.

— Andere Ursachen 11.

Nächste Sitzung d. deutschen ärztlichen Vereins, Montag den 30. November 1881.

Nächste Sitzung des allgem. Vereins St. Petersburger Aerzte, Dienstag den 8. December 1881.

Nächste Sitzung der geburtshülfl. Section, Donnerstag den 3. December a. c. Tagesordnung: Berathung der von der Ges. prakt. Aerzte zu Riga entworfenen Regeln für Hebammen.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 27 Ноября 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh., Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22⅓ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

ST. PETERSBURGER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg,
Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 49. St. Petersburg, 5. (17.) December 1881.

Mittheilungen aus der Dorpater Chirurgischen Klinik.

Von

Xaver Dombrowski,

Assistent der Chirurgischen Klinik.

III. Zur Behandlung des complicirten Empyems mit primärer Rippenresection und einmaliger Ausspülung.

Die Arbeiten der Neuzeit über die Empyembehandlung sind namentlich bestrebt gewesen den Nachweis zu liefern, dass die pleuritischen Ergüsse je nach ihrer Verschiedenheit auch einer verschiedenen Behandlung zu unterwerfen seien. Während wir bei einem serös-fibrinösen Exsudat, das sich nicht zur spontanen Resorption anschickt, mit Erfolg die Punction anwenden sehen, ist diese Operation durchaus unzureichend bei einem eitrigen Exsudat, dem eigentlichen Empyem. Durch die Punction findet keine vollständige Entleerung des Eiters statt, es bleibt ein Rest zurück, der als Reiz auf die Pleuralblätter wirkt und eine Wiederansammlung des Exsudates bedingt. Die Wiederholung der Punction ist neben der Gefahr für's Leben und die Gesundheit des Patienten ebenfalls fruchtlos. Nach Ewald's [1] Berechnung ist bei 928 ‰ der Punctirten die Radicaloperation erforderlich gewesen und somit nach seiner Ansicht die Zeit eine vergeudete, die auf Punctionen verwandt wird. Um dem Uebelstand der Stagnation des Eiters bei der Punction abzuhelfen, wurde von Woillez zuerst empfohlen, die Punctionsöffnung durch sofortiges Einlegen einer Canule à double courant offen zu erhalten und von hier aus die Pleurahöhle auszuspülen. Aber auch diese Methode hat nach Fräntzel [1] sich durchaus nicht bewährt, weil auch bei ihr die Entleerung keine vollständige ist. Lichtheim [2] liefert hierfür den Beweis dadurch, dass man bei lange Zeit fortgesetzter Ausspülung der Pleurahöhle bis zum klaren Abfliessen der Injectionsflüssigkeit, doch beim Sistiren der Injection zuletzt immer noch eine Quantität Eiter die Canüle passiren sieht.

Die einzige Möglichkeit der vollständigen Entleerung des Empyems ist in der Eröffnung der Pleurahöhle durch Schnitt, in der Radicaloperation des Empyems geboten. Schon Hippocrates hatte das erkannt und übte die Empyemoperation. Seine Schüler befolgten dasselbe Princip; doch sollte die Operation gar bald ihrer ungünstigen Resultate wegen in Misscredit verfallen und zu Gunsten anderer Behandlungsweise, der Punction, in Vergessenheit gerathen. Erst Trousseau in Frankreich und Roser, Kussmaul, Bartels und Andere in Deutschland gebührt das grosse Verdienst, der Radicaloperation die rechte Würdigung verschafft und sie als einzige wirklich heilbringende Methode bei eitrigen Ergüssen erklärt zu haben.

Die Engländer machten zuerst den Versuch, die Empyeme nach Art der Abscesse mit dem typischen Listerverbande zu behandeln und bewiesen die von Becket, Skerritt und

[1] Dr. C. A. Ewald. Zur operativen Behandlung pleuritischer Exsudate. Charité Annalen, I. Jahrgang, 1874, S. 178.

[1] Fräntzel. Krankheiten der Pleura. Ziemssen's Handbuch IV. B., 2. Auflage, Seite 510.

[2] Dr. L. Lichtheim. Ueber die operative Behandlung pleuritischer Exsudate. Sammlung klinischer Vorträge v. Volkmann № 43, Seite 254.

Marschall erzielten Heilungen die Zweckmässigkeit dieser Behandlungsweise. In Deutschland publicirte zuerst Baum jun. [1] drei unter dem Lister'schen Occlusivverbande im Durchschnitt von 32 Tagen geheilte Fälle. Seit der Zeit haben sich namentlich die Deutschen um die antiseptische Empyemoperation verdient gemacht und die Arbeiten von Lichtheim, Körting, Starcke, König, Wagner, Göschel und Anderen haben in überzeugendster Weise dargethan, dass die Empyemoperation eine der schönsten Früchte der Lister'schen Zeit ist und jetzt für eine einfache durchaus gefahrlose und schnell zur Heilung führende Operation gehalten werden muss.

Wenn wir nun in der Radicaloperation ein Verfahren haben, das eine schnelle und sichere Heilung verbürgt, ohne jede Gefahr für die Patienten, die Heilungen durch Punctionen aber durchaus fragliche sind und wir trotzdem noch immer sehen müssen, dass von vielen Aerzten die Troicarts und Aspirationsapparate statt des Messers in Anwendung gezogen werden, so können wir, um nicht die Bequemlichkeit als Grund anzuführen, nur die Erklärung dafür geben, dass noch immer nicht allgemein die Ueberzeugung durchgedrungen ist, dass wir es je nach den verschiedenen Exsudaten auch mit verschiedenen Krankheitsprocessen zu thun haben, denen sich consequenter Weise auch die verschiedenen Operationsverfahren anzupassen haben.

Dieser Umstand eben veranlasst mich, trot der neuerdings reichlich erschienenen Literatur an dieser Stelle noch ein Mal auf die Empyembehandlung näher einzugehen.

Sobald durch die Probepunction die Diagnose einer Eiteransammlung in der Pleurahöhle sicher gestellt ist, soll man, um mit Fräntzel zu sprechen, «nicht lange zögern mit weiterem Handeln» und zur Radicaloperation des Empyems schreiten. Die Technik der Operation bei eitrigem Exsudat ist in neuerer Zeit durch die Arbeiten von König [2 u. 3] und Wagner [4] zur grösseren Vollkommenheit gelangt und hat namentlich eine möglichst vollständige Entleerung unter strengster Antisepsis im Auge. Es ist hierzu ein ausgiebiger Schnitt mit oder ohne Rippenresection erforderlich, je nachdem Raum genug für einen Fingerdicken Drain gewonnen wird. Als geeigneter Ort für die Incision wurde früher, um dem Eiter am vollkommensten Abfluss zu verschaffen, die tiefste Stelle des Thorax nahe der Wirbelsäule angesehen.

König [5] und Wagner [6] empfehlen aber neuerdings in der Axillarlinie in der Höhe der 5. oder 6. Rippe am Rande des M. latissimus dorsi die Fistel anzulegen, wegen der geringeren Mächtigkeit der Muskulatur und Beseitigung der Gefahr des Hineindringens in die Bauchhöhle bei eventueller Verwachsung der Pleura costalis mit der Pleura diaphragmatica, wie das Girgensohn [7] in einem Fall schon im 7. Intercostalraum passirt ist. Auch soll an dieser Stelle die Verlegung des Drains durch Hinaufrücken des Zwerchfells vermieden werden. Um nun aber den dadurch hervorgerufenen Uebelstand des schlechten Abflusses in der gewöhnlichen Rückenlage zu heben, empfiehlt Wagner auf Grund seiner Untersuchungen an der Leiche die Erhöhung des Steisses, wodurch die Verhältnisse eines «auf dem Spundloch liegenden Fasses» geschaffen sein sollen. Betreffs der Nachbehandlung haben sich wohl alle Autoren auf die sofortige Application eines Lister'schen Verbandes geeinigt. Die Ausspülungen mit antiseptischen Flüssigkeiten sind nach Göschel [1] und neuerdings auch nach König [2] und Wagner [3] bei einfachen Empyemen ganz und gar zu unterlassen.

Das sind die Gesichtspunkte, die bei verhältnissmässig frischen Fällen, wo das Exsudat noch ein eitriges ist, in Betracht kommen. Anders aber werden die Verhältnisse, wenn wir nicht frühzeitig das Empyem operiren und mit den Anhängern der Punctionsbehandlung, wie es neuerdings wieder von Baetz [4] empfohlen worden ist, zuerst die Punctionen versuchen und erst, wenn diese ohne Erfolg gewesen sind, zur Operation schreiten.

Wir haben dann die günstige Zeit zur Operatien verstreichen lassen und werden viel ungünstigeren Momenten begegnen, als vorher. Die Elasticität der Lunge wird beträchtlich durch ihre Verdichtungen herabgesetzt und die Möglichkeit einer späteren vollständigen Entfaltung vermindert sein, die Pleuralblätter werden starr und verdickt, mit Pseudomembranen und Niederschlägen bedeckt sein, das Exsudat wird z. B. durch Resorption seinen flüssigen Antheil verloren haben und aus morphologischen Bestandtheilen, aus Fibringerinnseln, eingedicktem Eiter, Falzen und Schwarten bestehen. Diese Exsudatmassen sind es, die dem Empyem jetzt einen ganz anderen Charakter verleihen und es prognostisch so ungünstig machen. Fräntzel [5] warnt mit Recht vor ihnen, da solche stagnirende Fibrinmassen den Ausgangspunkt für Verjauchung der Pleurahöhle abgeben können. Zerreibt man diese Fibrinpröpfe zwischen den Fingern, so lassen sie nach Starcke [6] oft einen deutlich putriden Geruch erkennen, während der übrige Eiter noch geruchlos ist. Sie enthalten Infectionskeime in sich, die falls sie mit der äusseren Luft in Berührung kommen zu äusserst verderblicher Entwickelung für den Organismus kommen — König und Wagner nennen die Empyeme, die solche Exsudatmassen führen, complicirte und geben den Rath, durch ausgiebigen Schnitt mit Rippenresection eine möglichst vollständige Entleerung herbeizuführen, den Rest jedoch durch weiter fortgesetzte desinficirende Ausspülungen zu beseitigen. Was die Entfernung der Empyemmasse anbetrifft, so werden wir es uns gewiss zur Pflicht machen, den Rath dieser beiden Autoren zu befolgen, betreffs der

[1] Dr. W. Baum. Zur Lehre von der operativen Behandlung eitriger Pleura-Exsudate. Berl. kl. Wochenschenschr. 1877. № 48, S. 700.
[2] König. Zur Operation des Empyems. Berlin. klin. Wochenschr. 1878, № 43.
[3] Derselbe. Noch einmal die Frage der Empyemoperation. Centr. Bl. für Chirurgie 1880, № 48.
[4] W. Wagner. Das Empyem und seine Behandlung. Sammlung kl. Vortr. von Volkmann, № 197.
[5] l. c. Central Bl. für Chir. S. 772.
[6] l. c. S. 1777.
[7] St. Petersb. med. Wochenschrift 1878, № 8.

[1] Dr. Göschel. Zur antiseptischen Behandlung des Empyems der Kinder. Berl. klin. Wochenschr. 1878, № 25.
[2] l. c. S. 771.
[3] l. c. S. 1780.
[4] Prof. E. Baetz. Ueber Behandlung des Empyems ohne Incision. Berl. kl. Wochenschr. 1880, № 3, S. 31.
[5] l. c. S. 375.
[6] Dr. Starcke. Chirurg. Erfahrungen zur Empyemoperation. Charité Annalen. V. Jahrgang, S. 655.

wiederholten Ausspülungen werden wir aber wohl dieselben Bedenken zu tragen haben, wie beim einfachen Empyem. Auch hier werden die Injectionen mit concentrirten Flüssigkeiten einen chronischen Reizzustand der Abscesswände und eine vermehrte Exsudation hervorrufen, die ihrerseits wiederum eine protrahirte Heilungsdauer zur Folge haben müssen. Wie sehr wir aber gerade beim alten Empyem, bei dem die Lunge ihre Entfaltungsfähigkeit schon in beträchtlichem Maasse eingebüsst hat, alle Momente zu vermeiden haben, die möglicherweise die Heilung in die Länge ziehen könnten, brauchen wir wohl kaum zu erwähnen.

Zudem kommt noch der Umstand hinzu, dass die Desinfection der von Infectionskeimen durchsetzten Massen mittelst der Ausspülungen eine durchaus fragliche sein muss. Die concentrirten desinficirenden Lösungen, die allein jetzt wohl für antiseptisch gehalten werden, wirken nur sehr oberflächlich auf die Gewebe ein, dringen nicht in die Tiefe und bilden einen Aetzschorf, unter dem die Keime ungestört fortdauern, um nach bröckligem Zerfall des Schorfes wieder zur vollständigen Wirksamkeit hervorzutreten. Beim Wagner'schen Fall [1] sehen wir trotz der gründlichen Ausspülung mit 10% Borsäurelösung in den nächsten Tagen Fäulnissgeruch auftreten — ein Beweis dafür, dass die zurückgebliebenen Fibrinmassen nicht genügend desinficirt waren.

Die mechanische Wirkung der Ausspülungen ist allerdings nicht ausser Acht zu lassen; doch kann auch diese nur gleich bei der Operation zur Geltung kommen, hernach aber müssten wir jedes Mal die bereits verklebten Wundränder auseinanderbringen, wenn wir uns in dieser Beziehung von der Ausspülung etwas versprechen wollten, da die Drainöffnung jedenfalls zu klein sein wird, um z. B. Fibrinmassen wie beim Starcke'schen [2] Patienten, die das Volumen von 4 Handtellern einnahmen, passiren zu lassen.

Aus den eben erörterten Gründen werden wir uns auch bei complicirten Empyemen a priori gegen die wiederholten Ausspülungen aussprechen, um so mehr aber Gewicht auf die gründliche Ausräumung der Empyemhöhle legen, zumal, da es ja auch eine der Hauptaufgaben der Chirurgie ist, in jedem Falle radical zu operiren, alles Krankhafte zu entfernen, von dem möglicherweise eine Infection ausgehen könnte. Nur wenn wir diese Principien festhalten, werden wir Gelegenheit haben, uns einer prima intentio zu erfreuen, wo wir sie sonst nicht zu erwarten haben. So haben wir auch die rasche und ungestörte Heilung einer schweren Kniegelenkverletzung in diesem Sommer nur auf Rechnung der richtig eingeleiteten Behandlung, der sofortigen Entfernung des Infectionsherdes zu setzen und wollen wir des besseren Verständnisses halber die Krankengeschichte hier folgen lassen. Dem Jakob Kaarik 19 a. n. wurde bei einer Rauferei durch einen Säbelhieb das linke Kniegelenk breit eröffnet und wurde Patient im fieberhaften Zustande, mit beschleunigtem Pulse, trockener Zunge und colossalen Schmerzen im Kniegelenk am dritten Tage nach der Verletzung in die Klinik gebracht. Hier fand man eine vom Condyl. ext. femoris zum Lig. patellae bogenförmig verlaufende 5 Ctm. lange Wunde, die mit Blutgerinnseln gefüllt war. Nach Entfernung der Blutgerinnsel stiess man auf das durchtrennte Lig. patellae, auf Muskelfetzen und Knochensplitter. Die Patella war am unteren Rande zersplittert und ausserdem der Fläche nach gespalten. In diesem Fall konnte ich mich nicht mit der Reinigung der Wunde, Entfernung der Knochensplitter und sorgfältiger Desinfection begnügen, sondern musste die Hauptgefahr für's Gelenk und Leben des Patienten in der Blutinfiltration des Gelenkes sehen. Daher verlängerte ich den Schnitt bis zum Condyl. intern. femoris, klappte das Gelenk auf, entfernte die Patella und exstirpirte darauf mit der Cooper'schen Scheere die Kapsel und den ganzen oberen Recessus, soweit ich die Blutinfiltration verfolgen konnte. Darauf erst folgte die Ausspülung des Gelenkes mit 5% Carbolsäure bei wiederholter Flexions- und Extensionsbewegung, die Drainage und Application des Lister'schen Verbandes. Der Verlauf war ein durchaus günstiger, die Schmerzen hatten sofort nachgelassen; in den ersten Tagen war ein leichtes Wundfieber bis zu 39° C. Abends. Am vierten Tage nach der Operation aber war die Temperatur zur Norm zurückgekehrt und erreichte späterhin einige Mal nur des Abends die Höhe von 38,5. Die Heilung erfolgte per primam intent. nur hatten sich in der 3. Woche zu beiden Seiten des Gelenkes neben den Drains 2 Taschen gebildet, aus denen sich beim Verbandwechsel mässige Mengen Eiters ausdrücken liessen. Ein Compressivverband genügte aber, um die Eiteransammlung zu verhindern und die Taschen zur Heilung zu bringen und vier Wochen nach der Verletzung wurde der Lister'sche Verband und die Volkmann'sche Schiene mit einem Gypsverband vertauscht, in den ein Fenster entsprechend der Vorderfläche des Gelenkes eingeschnitten wurde.

Wie schon gesagt, sind wir der Ansicht, dass wir diesen unerwartet glücklichen Ausgang bei der nicht mehr frischen Verletzung dem Umstande zu verdanken haben, dass sofort radical vorgegangen wurde, alle blutig infiltrirten Gewebe, die so schon zur septischen Infection neigen und nach der wahrscheinlich schon erfolgten Infection wohl rasch Erkrankung des ganzen Gelenkes hervorgerufen hätten, entfernt wurden. Wir hatten uns wieder normale Verhältnisse geschaffen und die Prognose somit anders gestaltet.

Das complicirte Empyem soll nun auch von vornherein radical behandelt werden und können wir durch richtiges Eingreifen, durch vollständige Entfernung der infectiösen Exsudatmassen, wobei gleichzeitig auch der Druck auf die comprimirte Lunge aufgehoben wird, primäre Verwachsung der Pleurablätter erzielen. Zu diesem Zweck müssen wir allerdings den Schnitt abweichend von der neuerdings angegebenen Methode, an die tiefste Stelle des Thorax anlegen, auch auf die Gefahr hin, eine Verwachsuug der Pleura costalis mit der Pleura diaphragmatica anzutreffen oder einer späteren Verlegung des Drains durch das hinaufgerückte Zwerchfell. Im ersteren Fall schützen wir uns durch eine Probepunction und im zweiten Fall werden wir uns nicht scheuen im Nothfall noch eine zweite höhere Oeffnung für's Drainrohr anzulegen. Wir sollen bei der Operation eben nur bedacht sein, uns durch breite Incision der Pleura mit Resection einer oder zweier Rippen für die Einführung der ganzen Hand oder wenigstens dreier Finger genügenden Raum zu verschaffen. Mit hakenförmig gekrümmten Fingern sollen wir alsdann die Schwarten und Fetzen von der Pleura abschaben und die festen Massen aus

[1] l. c. Seite 1785.
[2] l. c. Seite 654.

der Höhle herausbringen. Eine gleichzeitige Injection mit einer desinficirenden Flüssigkeit aus einem hochgehaltenen Irrigator wird bei seitlicher Lage der Patienten das Herausschwemmen der Reste nach Schede ermöglichen. Erst wenn die Abscesswandungen sich vollständig glatt anfühlen und die Höhle sich leer erweist, soll eine nochmalige Ausspülung vorgenommen werden und darauf die Drainage und der typische Lister-Verband folgen. Fortgesetzte Ausspülungen werden nur erforderlich sein, wenn durch Stagnation der mehrfach erwähnten Empyemmassen Putrescenz der Empyemhöhle entstanden ist.

Nach den eben geschilderten Regeln habe ich nun in diesem Sommer ein 9 Wochen altes Empyem operirt und erlaube mir die Krankengeschichte in Kürze folgen zu lassen.

Anamnese. Frau F. 47 Jahr alt, gab an, bis zu ihrem gegenwärtigen Leiden gesund gewesen zu sein mit Ausnahme ihres «nervösen Zustandes» und der in unregelmässigen Intervallen sich wiederholenden epileptischen Anfälle. Etwa zu Ostern dieses Jahres erkrankte Patientin aus ihr unbekannten Ursachen an einer «Lungenentzündung» mit ziemlich heftigen Fiebererscheinungen. Trotzdem am 17. Tage das Fieber auf ein Paar Tage nachgelassen und auch die Expectoration des Sputum aufgehört hatte, erholte sich Pat. nicht und musste fast 2 Wochen lang das Bett hüten, während welcher Zeit ihre Körpertemperatur bei verhältnissmässig starker Morgenremission Abends zwischen 39 und 40° C. geschwankt habe und sie mehrere Schüttelfröste gehabt zu haben, angab. Einige Zeit darauf wurde Pat. mit einem Troicart punctirt, wobei aus der rechten Thoraxhälfte etwa ¼ Bierglas Eiter entleert wurde.

Am 17. Juni wurde Pat. in die Klinik aufgenommen.

Status praesens am 17. Juni. Frau F. von mittlerem Wuchs, gracilem Knochenbau, schwach entwickelter Muskulatur und äusserst reducirtem Panniculus adiposus. Die blasse äussere Hautbedeckung war schlaff, unelastisch und liess sich in grossen Falten von der Unterlage abheben. Die sichtbaren Schleimhäute waren blass, der Gesichtsausdruck ein sehr leidender. Pat. gab geringe Schmerzen in der rechten Thoraxhälfte an. Der Gemüthszustand war sehr deprimirt, das Sensorium nicht getrübt.

Die inspiratorische Erweiterung der rechten Brustwand war verringert und blieb deutlich hinter der der linken Seite zurück. Die unteren Intercostalräume derselben Seite waren vollkommen abgeflacht und verstrichen, während sie auf der gesunden Seite wegen der hochgradigen Abmagerung sehr deutlich hervortraten. Die rechte Thoraxhälfte erschien in ihrem untern Abschnitt nach der Richtung des Vertebromamillar-Durchmessers etwas erweitert. Bei der Palpation liess sich eine sehr beträchtliche Abschwächung des Pectoralfremitus rechterseits nachweisen. Die Percussion ergab gedämpften Schall mit folgender oberer Begrenzungslinie: An der Wirbelsäule an der Spina scapulae, an der Scapularlinie in der Höhe der Mitte der Fossa infraspinata, in der mittleren Axillarlinie etwa dem Verlauf des 4. Intercostalraumes folgend, an der Mamillarlinie am untern Rande der 4. Rippe und am Sternum an der 5. Rippe. Bei der Auscultation hörte man an den gedämpften Partien sehr abgeschwächtes nach unten hin fast unhörbar werdendes Vesiculärathmen, welches nach oben hin an Deutlichkeit zu- und den Charakter des unbestimmten Athmens annahm.

Die Respirationsfrequenz betrug fast 60 in der Minute. Patientin hustete wenig und klagte über sehr grosse Athemnoth. Das Herz war nicht dislocirt, die Herztöne normal. Der Puls war trotz der hohen Frequenz von gegen 120 in der Minute noch von mittlerer Fülle und vollkommen rhythmisch beschaffen. Die Leber überragte etwa 2 Fingerbreit den Rippenbogen. Der Harn war von dunkelgelber Farbe, saurer Reaction und enthielt keine Spur von Eiweiss.

Die Temperatur betrug am 16. Juni Abends über 32° C.

Die Anamnese und der Status praesens sprechen mit Entschiedenheit für ein Empyem mit mittelgrossem Exsudat. Die Beschaffenheit des Exsudates müsste ohne Zweifel wegen der 9-wöchentlichen Dauer des Krankheitsprocesses und wegen der geringen Eiterentleerung bei der 14 Tage vorher vorgenommenen Punction für nicht mehr eitrig, sondern mehr aus festen Massen bestehend gehalten werden. An spontane Resorption oder an Heilung durch Punctionen konnte in diesem Fall natürlich nicht gedacht werden und Herr Prof. Hoffmann erklärte die Radicaloperation als einziges Rettungsmittel der Pat. Herr Prof. Hoffmann proponirte mir daher in Abwesenheit des Herrn Prof. v. Wahl die Operation, die ich am 17. Juni um 1 Uhr Mittags unter seiner gütigen Unterstützung vollzog.

Pat. erhielt vor der Operation ein warmes Vollbad. Das Zimmer, in dem operirt werden sollte, war 2 Stunden hindurch durch einen 5 % Carbolspray desinficirt worden.

Nach Rasirung der rechten Achselhöhle und sorgfältiger Abwaschung der kranken Thoraxhälfte mit grüner Seife und 5 % Carbolsäurelössung wurde in der Chloroformnarcose zur Operation geschritten.

Es wurde ein 10 Ctm. langer Schnitt 3 Finger breit nach aussen von der Wirbelsäule beginnend zur hinteren Axillarlinie hin auf die Mitte der 9. Rippe bis auf's Periost geführt. Die Blutung war hierbei wegen der grossen Abmagerung der Pat. eine geringe. Da beim Versuche der subperiostalen Resection der Rippe die Pleura costalis wegen der entzündlichen Verwachsung mit dem Periost und ihrer dadurch bedingten leichten Zerreisslichkeit hart am obern Rande der erwähnten Rippe einriss, so wurde zunächst davon Abstand genommen und eine mässige Menge, c. 1½ Bierglas eines dickflüssigen nicht riechenden Eiters aus der Risswunde entleert. Darauf wurde von dem Pleurariss aus die Pleura breit incidirt und ein 3 Ctm. langes Stück der 9. Rippe resecirt; jetzt entleerten sich eingedickte Eiterklumpen und starke Gerinnsel. Um nun eine vollständige Entleerung herbeizuführen, ging ich mit 3 Fingern in die Pleurahöhle hinein, schabte die Fetzen und Schwarten von der Pleura ab und holte noch von diesen eingedickten Massen eine reichliche Menge heraus.

Es folgte nun bei seitlicher Lage der Patientin das Herausschwemmen der zurückgebliebenen Reste durch Injection von 3 % erwärmter essigsaurer Thonerdelösung aus hochgehaltenem Irrigator. Darauf wurden nochmals die Abscesswandungen abpalpirt und auf ihre Glätte geprüft und zuletzt noch ein Irrigator mit essigsaurer Thonerdelösung zur Desinfection des etwa hineingeflossenen Blutes injicirt.

Ein fingerdicker ungefensterter Drain von 7 Ctm. Länge wurde senkrecht in den Complementärraum hineingesteckt und dessen 1 Ctm. herausragendes Stück an die durch 8 tiefe Knopfnähte vereinigten Wundränder folgendermassen befestigt: eine amerikanische Schutznadel wurde durch den Drain gesteckt und die beiden Enden derselben mittelst zweier durch dieselben durchgeführter schmaler Heftpflasterstreifen an die der Wunde zunächstgelegenen Hautstellen befestigt — welches Verfahren die sichere Fixation in der gewünschten Stellung, wie die leichte und bequeme Erneuerung resp. Reinigung beim jedesmaligen Verbandwechsel, ohne die primäre Verklebung hindernde Zerrung der Wundränder ermöglichte.

Auf die Wunde wurde nun eine Menge Krüllgas gelegt und der ganze Thorax mit dem typischen Listerverbande versehn. Die Nacht nach der Operation hatte Patientin gar nicht geschlafen wegen heftigen Erbrechens und grosser Schmerzen in der Herzgrube. Anurie und Carbolharn erklärten die besorgnisserregenden Collapserscheinungen der Patientin durch Carbolintoxication, — auf die wir später noch näher einzugehn gedenken.

Es wurden 2 Clysmen mit je ℨj schwefelsauren Natrons verordnet und das Erbrechen hörte am Abend auf. Die Temperatur war normal. Puls 120, Respirationsfrequenz 60 in der Min.

Die zweite Nacht war ruhiger verflossen und fühlte sich Patientin am dritten Tage nach der Operation etwas gekräftigt. Trotzdem nichts durch den Verband durchgetreten war und keinerlei Schmerzen angegeben wurden und die Temperatur normal war, wurde der Verband behufs Controllirung des Drains gewechselt. Die Verbandstoffe erwiesen sich nur bis zum Mantel mit einem vollkommen geruchlosen Secret durchtränkt. Der Drain wurde herausgenommen, gereinigt und nach Wiedereinführung desselben typisch gelistert.

Am 22. Juni fand der zweite Verbandwechsel statt. Die Secretion war geringer geworden und nach Kürzung und Reinigung des Drains wurde wieder gelistert. Das Allgemeinbefinden war gut, Appetit und Stuhlgang vorhanden. Die Temperatur normal. Den 26. Juni Verbandwechsel. Entfernung der letzten Nähte, Kürzung des Drains und darauf einfacher Verband mittelst Krüllgas und Compressen. Patientin wurde, nachdem sie an 3 vorhergehenden Tagen schon dass Bett verlassen hatte, in den die Klinik umgebenden Universitätspark hinausgebracht, wo sie von jetzt ab den ganzen Tag verbrachte, und mit jeden Tage an Kräften zunahm, gar keine Beschwerden und immer normale Temperaturen hatte.

Beim Verbandwechsel am 1. Juli erwies sich die Secretion schon sehr gering und es wurde daher am 10. Juli der dicke Drain mit einem dünnen vertauscht und Patientin nach dem Verbandwechsel aus der Klinik zur ambulatorischen Behandlung entlassen.

Die physikalische Untersuchung ergab bei der Entlassung der Patientin an den früher gedämpften Partien schwach vesiculäres Athmen.

Während des Aufenthaltes der Patientin in der Klinik wurde wie ersichtlich 5 Mal der Verband gewechselt und zwar wurden 3 volle Lister-Verbände und 2 einfache aus Krüllgas und einer Compresse bestehende Verbände applicirt. Niemals war Temperaturerhöhung oder Durchtritt des Secretes durch den Verband die Veranlassung, sondern es fand der Verbandwechsel immer nur behufs Controllirung und Kürzung des Drains oder der Entfernung der Nähte statt. Die Temperatur war bis auf zweimalige abendliche Temperatursteigerungen von 38,3° C., die sich jedesmal bei der sehr nervösen Patientin auf psychische Einflüsse durch zuviel Besuch zurückführen liessen, normal gewesen.

Die Pulsfrequenz hatte während der ganzen Zeit nach der Operation um 100 in der Min. geschwankt.

Die Respirationsfrequenz war in den ersten 2 Tagen 60, am 3. Tage 48, am 6. Tage 36, und am 8. Tage schon 24 in der Minute, auf welcher Höhe sie auch bis zur Entlassung blieb. Die epileptischen Anfälle waren während des Aufenthaltes der Patientin in der Klinik vollständig ausgeblieben.

Wir haben hier also ein durch die Radicaloperation per primam intentionem geheiltes complicirtes Empyem einer sehr geschwächten 47 Jahr alten Patientin vor uns — ein Vorkommniss, das zu den Seltenheiten gerechnet werden muss und nur darin seine Erklärung findet, dass wir bei der Operation die ganze Höhle entleert haben und dadurch einmal der Zersetzung vorgebeugt und andererseits die comprimirte Lunge sofort von ihrem Druck befreit haben. Die Lunge war vielleicht in diesem Fall, wenn wir uns an Tuke [1]) halten, der nach 246 Beobachtungen den Termin der Ausdehnungsfähigkeit der Lunge bis zu 2 Monat rechnet, gerade an der Grenze der eintretenden Lähmung, des vollständigen Verlustes der Expansionskraft angelangt, und konnte nun jetzt, da der Wundverlauf so günstig, die Exsudation der Pleurablätter in den nächsten Tagen so gering war, sich rasch wieder entfalten und Anlegung der Abscesswände bewirken.

Eine Untersuchung der Patientin, die jetzt nach 2 Monaten nach ihrer Entlassung aus der Klinik von Hr. Prof. Hoffmann und Hr. Dr. Senff vorgenommen wurde, ergab Folgendes: Die Patientin sah blühend und gesund aus, konnte vollständig ihren häuslichen Beschäftigungen nachgehen. Die Circumferenz beider Thoraxhälften war dieselbe und war somit trotz der Rippenresection keine Thoraxdifferenz nachzuweisen. Ein Zurückbleiben der rechten Brusthälfte liess sich nicht constatiren. Die Percussion, wie Auscultation ergab rechts denselben Befund wie links, nur an der Rückenfläche, wo die Rippe resecirt ist und die Narbe sich präsentirt, war der Schall beim Percutiren unmerklich kürzer — was wohl auf die noch vorhandene Infiltration der Weichtheile in der Umgebung zurückzuführen ist. Auch der Pectoralfermitus war beiderseits gleich stark.

Eine so vollständige Restitutio ad integrum kann wohl nur bei so ungestörtem und raschem Heilungsverlauf zu Stande kommen, wie in dem eben beschriebenen Fall und können wir diesen Fall als einen Triumph der vorgeschrittenen Technik und des Lister'schen Verfahrens bezeichnen.

Dorpat, im September 1881.

Eine Gastrostomie.

Von

Dr. G. Tiling

Ord. am Alexander-Hospital.

Am 30. Mai 1881 wurde mir ein Patient von 57 Jahren zugeschickt, der operirt werden wollte, weil er seit c. zwei Wochen nichts mehr verschlucken könne und unsäglich leide durch brennenden Durst und nagenden Hunger. Vor c. $1^1/_2$ Monaten bemerkte Pat. zum ersten Mal Behinderung beim Schlucken, seit c. 2 Wochen werde jede Nahrung, feste sowohl, wie flüssige sofort nach der Aufnahme wieder erbrochen und fühle Pat., dass er von Tag zu Tage schwächer werde.

Sondenuntersuchung erwies eine impermeable Strictur des Oesophagus nicht weit über der Cardia.

Da Pat. noch umherging und trotz sehr heruntergekommenen, ausgetrockneten Aussehens noch bei passabel guten Kräften schien, gab ich dem Wunsch nach einer Operation nicht gleich nach, sondern versuchte noch am 31. Mai und 1. Juni mit der Sonde durch die Strictur zu dringen und dem Pat. zugleich durch Klystiere von Milch mit Ei und Xeres etwas Nahrung zuzuführen. Der grösste Theil der Klystiere soll im Darm verblieben sein, auch meinte Pat., dass er sich etwas frischer fühle.

Zum 2. Juni wurde die Operation angesetzt, von deren Gefahren Pat. vollständig unterrichtet war. Am Morgen des 2. Juni fand ich Pat. zu Bett, sehr matt, mit kleinem, weichem Puls. Es mussten daher vor der Operation, wie während derselben subcutane Moschusinjectionen gemacht werden.

Die Operation, Gastrostomie, wurde nach der Vorschrift Fenger's gemacht, d. h. Schnitt vom Processus xiphoideus herunter, parallel dem linken Rippenbogen, einen Fingerbreit davon. Nach sorgfältiger Blutstillung, Durchtrennuug des Peritonäum in 4—5 Ctm. Länge. Es lag Leber und Colon transversum vor, im Colon fühlte man kleine, feste Kothballen. Zwischen beiden mit dem Finger in die Tiefe gehend konnte man leicht an unterer Leberfläche und Diaphragma hingleitend Cardiaansatz des Magens und kleine Curvatur ertasten und so zweifellos den Magen auffinden.

Der Magen liess sich mit scharfen Häkchen sehr leicht in die Bauchwunde ziehen. Um das Pylorusende des Magens zu meiden, wurden die Häkchen weit nach links unter dem Rippenbogen in die Magenwand gesenkt. Nach dem Verziehen des Magens konnte man sich genau über die Lage und Entfernung von kleiner und grosser Curvatur orientiren und so ungefähr die Mitte zwischen beiden zur Fixirung erwählen.

Nachdem zwei derbe Fäden an den Endpunkten der projectirten Magenöffnung durch die Dicke des Magens durchgeführt worden, wurde mittelst derselben der Magen in der Wunde gehalten und nun durch 15 Nähte an der Bauchwand fixirt, die nach Art der Lembert'schen Nähte nicht bis in's Lumen des Magens drangen, in der Bauchwand aber zugleich Serosa mit Epidermis verbanden.

Nach genauer Beprüfung der Nähte wurde dann der Magen selbst discidirt in der Länge von 3 Ctm. und Schleimhaut mit Serosa des Magens durch einige Nähte verbunden. Bei Eröffnung des Magens sah die Schleimhaut desselben auffallend blauroth und geschwellt aus.

Während der Operation war Pat. warm eingehüllt, Brust und Leib bedeckten Compressen, die in warmes Wasser getaucht und häufig gewechselt wurden. Trotzdem mussten drei Mal wegen drohenden Collapses Moschusinjectionen gemacht werden. Unmittelbar nach der Operation wurden vermittelst Catheter ℥ IV Xeres durch den vermeintlichen Pylorus eingeflösst.

Der Puls blieb bis 5 Uhr Nachm. recht gut, um 7 Uhr war er sehr schwach, Pat. selbst fühlte sich aber viel wohler, Durst und Hunger plagten, wie er sagt, nicht mehr so arg wie früher. Es wurden ein Krug Milch mit Xeres ℥jj, einem Ei und Campher Gr. jj gegeben und zwar vermeintlich direct in das Duodenum, denn der den Catheter leitende Finger gelangte an eine kreisförmige Verengerung, die sich über dem Finger zusammenzog. Letzteres wurde von einem anwesenden Collegen ebenfalls constatirt.

Um 10 Uhr Abends eine gleiche Gabe Nahrung, aber der Puls hob sich nicht mehr und Pat. starb um 11 Uhr Abends, 9 Stunden nach Beendigung der Operation.

Bei der Section ist leider versäumt, die Strictur auf ihre Durchgängigkeit zu prüfen. Das Carcinom sitzt höher als vermuthet worden, doch ist dieser Irrthum sehr verzeihlich, denn 1. ist eine Sondenmessung nie sehr genau und 2. kann die Sonde die stricturirte Partie nach unten drängen und so tieferen Sitz vortäuschen, wie es noch jüngst Gritti (Centralbl. für Chirurg 1881. № 19) bei seiner ersten Gastrostomie gegangen. Die Neubildung umschliesst den Oesophagus fast ringförmig, nur vorne einen ganz schmalen Streifen frei lassend, ist von sehr fester Consistenz, 5 Cent. lang, endigt 5 Cent. über der Cardia und hat die Schleimhaut garnicht ergriffen. Dieser letztere Umstand beweist, wie wenig es gerechtfertigt ist, bei Oesophaguscarcinom bis zuletzt auf

[1] On paracenthesis thoracis. Hunter Associat. Journal. 1855.

eintretenden Zerfall und damit Durchgängigwerden der Speiseröhre zu hoffen oder gar durch forcirte Sondirungen diesen erwünschten Vorgang beschleunigen zu wollen.

Endlich scheint mir dieses scirrhöse Gewebe, von dem man doch unmöglich schnelle Proliferation und damit Consumtion des Organismus erwarten darf, deutlich zu zeugen gegen das Verdammungsurtheil, welches König (Lehrbuch der spec. Chirurg. 1. Aufl. Bd. I. Seite 501.) über die Gastrostomie bei Oesophaguscarcinom ausspricht. Sind doch neuerdings sogar Meldungen von Heilungen von 6, 10 Monaten und mehr gemacht (Prewitt, Medical-Record. 1881. № 22. pag. 601 [Petersb. med. Wochenschrift. 1881. № 31.] und Jahresbericht etc. von Virchow und Hirsch 1880. Bd. II. Abtheil 3. S. 416).

Dass ein Carcinom, wie das vorliegende vielleicht Jahre erträglichen Lebens gestattet hätte, erscheint mir nicht unmöglich.

Wenn die Mortalität nach der Gastrostomie heutzutage trotz der vielen Meister in der Antiseptik noch so erschreckend hoch ist, so liegt das wohl daran, dass Pat. wie Arzt noch immer zu lange mit der Operation zögern. Es ist wohl nicht anders zu deuten die Notiz von Prewitt, dass von 59. Gastrostomien nur nach 7. Peritonitis eingetreten sein soll. Früher unternommene Operationen gäben gewiss ungleich bessere Resultate, wenn auch andererseits ein Vorgehen, wie das von Schönborn (Archiv f. klinische Chirurgie. Bd. XXII. Heft. 2. Seite 504) befremdlich erscheint. Er hat seinem Pat., um den Magen leichter auffinden zu können und das Eintreten von Luft in die Abdominalhöhle zu beschränken, ein Schlundrohr mit einem Gummiballon am Ende eingeführt und den Ballon aufgeblasen. Bei hochgradiger Strictur, und von solch einer kann doch wohl nur die Rede sein, könnte der Ballon nicht gross sein und daher wohl dem Lufteintritt in das Abdomen wenig wehren. Auch zum Auffinden des Magens schein mir der Ballon entbehrlich, denn, wenn Rohr mit Ballen durchging, so passirte wohl noch Speise genug, um den Magen nicht so weit einschrumpfen zu lassen, dass sein Auffinden schwer werden könnte. Ueberhaupt scheint mir nach einmaliger Erfahrung die Furcht vor der Kleinheit des Magens und damit seiner schwierigen Auffindbarkeit weit übertrieben zu sein. Ich möchte das glauben, weil einerseits in dem berichteten Fall trotz recht langsam zunehmender Behinderung in der Nahrungsaufnahme bis zur völligen Unmöglichkeit derselben der Magen doch noch die ansehnliche Länge von 25. Ctm. bewahrt hat, andererseits aber, weil bei noch so kleinem Magen das Tasten nach der im Diaphragma fixirten Cardia immer Aufklärung darüber geben muss, ob man Magen oder Darm vor sich hat. Dass das Ertasten der Insertion des Magens am Diaphragma und somit auch der kleinen Curvatur an mageren Leichen, und solche kommen ja nur in Betracht, immer möglich sein wird, scheinen mir mehrfache Versuche an Leichen klar bewiesen zu haben. Es liesse sich somit durch dieses Tasten nach der Cardia die leidige Gefahr, den Magen zu verfehlen, sicher umgehen. Schönborn berichtet, «ein äusserst erfahrener Operateur» habe vergeblich nach dem Magen gesucht und schliesslich Colon transversum als vermeintlichen Magen in die Bauchwunde eingenäht und eröffnet.

Der vorliegende Magen besitzt leicht angedeutete Sanduhrform und hat wohl die Einschnürungsstelle durch Contraction den Pylorus vorgetäuscht, der einem Blick auf das Präparat zu Folge unmöglich vom Finger erreicht worden sein konnte; er ist jetzt 17 Ctm. von der Fistel entfernt.

Die anderen Organe zeigten keine Spur von Metastasenbildung.

Zur Casuistik der narbigen Verengerungen der Vagina.

Von

Johannes Meyer, stud. med.

(Aus der Entbindungs-Anstalt der Universität zu Dorpat).

Marie Ossi 28 a. n. Estin, II. par., wurde am 8. Mai 1880 nach dreitägigen Wehen von ihrem ersten Kinde durch Kunsthilfe entbunden. Nach ihren Angaben soll nach der Perforation das Kind mit der Zange extrahirt worden sein. Eine erhebliche Blutung soll nach der Entbindung nicht stattgefunden haben. Patientin ist darauf 8 Wochen krank gewesen.

Sie concipirte am Ende des Jahres 1880 zum zweiten Mal. Am 17. September erfolgte Fruchtwasserabfluss — am 18. stellten sich kräftige Wehen ein. Am 21. Septbr. Morgens wurde die Kreissende in die Anstalt aufgenommen.

Die Untersuchung ergiebt, dass der Kopf fest im Beckeneingang liegt. Der äussere Muttermund, durch narbige Verdichtung äusserst rigid, ist auf 1 Ctm. eröffnet. Links ist er durch narbiges Gewebe mit dem Scheidengewölbe verbacken: von hier aus läuft ein ringförmiger Strang nahe am Muttermund durchs hintere und rechte Scheidengewölbe bis in die vordere Wand der Vagina. Der Durchmesser dieses Ringes beträgt etwa 4 Ctm. Etwa 5 Ctm. von diesem Strang nach unten findet sich eine zweite ringförmige Verengerung; sie wird in der hinteren Wand der Scheide von einer bandartigen $1^1/_2$ Ctm. breiten narbigen Partie gebildet, die sich links in zwei strangartige stark divergirende Narbenzüge theilt, welche die linke Scheidenwand durchlaufend sich in der vorderen Wand verlieren, während sie sich nach rechts hin als sehr derbe, stark vorspringende Leiste fortsetzt. Die vordere Wand weist diffuse Verdichtungen auf, in welchen sich die von links und rechts herkommenden Stränge verlieren. Diese Stränge lassen das Lumen der Scheide auf etwa 5 Ctm. offen. Die Maasse des Beckens weisen keine Abweichung von der Norm auf. Die Blase steht, die Wehen sind kräftig. Temperatur 37,9°.

Die Kreissende erhält ein warmes Bad, worauf die Blase springt. Um 9 Uhr Morgens werden rechts und links in den Muttermund Incisionen gemacht und mit dem Finger die Verbackung desselben mit dem linken Scheidengewölbe gelöst, worauf der Muttermund allmälig verstreicht. Der andrängende Kopf dehnt nach einer in den ersten narbigen Ring gemachten Incision denselben aus und tritt allmälig an den zweiten heran. Nach 4 Stunden wird rechts in die sich stark spannende Narbenleiste eine Incision gemacht. Durch die kräftigen Wehen wird der Kopf tiefer in's kleine Becken getrieben; der narbige Ring wird nachgiebiger und dehnt sich allmälig aus, so dass um 6 Uhr Abends sein Durchmesser etwa 7 Ctm. beträgt. Da die Temperatur der Kreissenden seit der Aufnahme in die Anstalt continuirlich gestiegen war und 38,8° erreicht hatte, so wird die Zange

applicirt. Es wird in den breiten Strang in der hinteren Wand, der sich jetzt am meisten spannte, ein Einschnitt gemacht und darauf die Extraction behutsam ausgeführt. Von der Incisionsstelle aus entsteht dabei ein tiefer sagittal verlaufender Scheidenriss von ca. 10 Ctm. Länge, der eine sehr beträchtliche Blutung verursachte, welche durch Tamponade mit Schwämmen die mit liquor ferri sesquichlorati befeuchtet waren, gestillt wurde. Der Damm blieb unversehrt. — Das Kind, ein gesundes Mädchen, wiegt 3,700 Gramm; die Maasse des Kopfes betragen: d. diag.: 14,7 Ctm., d. long.: 12,3 Ctm., d. transv.: 9,5 Ctm., d. perp.: 9,5 Ctm.

Am folgenden Tage, den 22. Sept., wurden die Schwämme entfernt; eine Blutung trat nicht mehr ein. Morgens und Abends Tempereratur 38,5°. Das Abdomen ist sehr empfindlich, daher wird eine Eisblase aufgelegt. In die Vagina werden desinficirende Einspritzungen gemacht.

Am 23. Sept. tritt ein Schüttelfrost ein, der Ausfluss wird übelriechend. Temp. 38,4°, 38,6°. Am 24. Sept. wiederholt sich der Schüttelfrost, das Abdomen stark empfindlich; bei den Ausspülungen wurden kleine schwarze Fetzen (Aetzschorf) aus der Vagina entleert. Temp. 38,5°, 39°. Am 25. Sept. lässt die Empfindlichkeit nach, die Wundfläche der Vagina beginnt sich zu reinigen, Temp. 38,6° und 39,8°. Am 26. Sept.: die Empfindlichkeit des Abdomen ist geschwunden. Es werden täglich 4 Gran Chinin gereicht. Temp. 38°, 40°. Am 27. Sept. befindet sich Patientin sehr wohl. Temp. 38,8°, 39,8°. Das Fieber und der übelriechende Abfluss nehmen von jetzt an täglich ab; am 30. Sept. ist die Temperatur normal, der Ausfluss gut. Die Wöchnerin erholt sich sehr gut und wird am 7. Oktober aus der Anstalt entlassen. Es wird folgender Befund constatirt: portio vaginalis mit mehrfachen Kerben, hinteres und rechtes Scheidengewölbe sehr flach; links geht die Vaginalportion in einem brückenförmigen Strang in die Scheide über. Die narbigen Ringe sind nachweisbar, an den Incisionsstellen deutliche Lücken. Das Lumen der Scheide ist eng. Der Scheidenriss ist zum Theil in Vernarbung begriffen, zum Theil mit guten Granulationen bedeckt.

Nach den vorgenommenen Incisionen wirkten die Wehen zwar langsam, aber doch beständig erweiternd auf die anfangs starren narbigen Verengerungen ein, überwanden den Widerstand der ersten Strictur und hatten auch die zweite bereits derartig erweitert, dass wir aller Wahrscheinlichkeit nach den *spontanen Verlauf* der Geburt hätten erwarten dürfen. Doch war durch die seit der Aufnahme beobachtete stetige Steigerung der Temperatur bis 38,8° und die Erschöpfung der bereits den vierten Tag kreissenden Frau die gewiss nicht unbedenkliche Beendigung der Geburt durch die Zange angezeigt. Wenn der vorliegende Fall rechtzeitig in unsere Behandlung gekommen wäre, so hätten wir bei der starken Verengerung der Scheide bis auf 4 und 5 Ctm. mit vollem Recht die Ausführung des Kaiserschnittes in Aussicht nehmen dürfen. Auch wenn wir uns zur Perforation des lebenden Kindes hätten entschliessen wollen, so wäre doch bei einer so hochgradigen Verengerung des Geburtsweges, bei der ursprünglich ausserordentlich derben Beschaffenheit der Narben die Ausführung derselben voraussichtlich für die Mutter von der grössten Gefahr begleitet gewesen: die Kopfknochen mit ihren scharfen Rändern hätten kaum ohne ernste Verletzungen durch die engen Stellen hindurchgeführt werden können. Um so beachtenswerther erscheint die Erfahrung, die wir in unserem Fall gemacht haben: in verhältnissmässig kurzer Zeit (9½ Stunden) war nach geringfügigen Eingriffen die Strictur durch die Wehenthätigkeit so bedeutend erweitert worden, dass die spontane Vollendung der Geburt nicht mehr unwahrscheinlich erschien.

Im Falle von neuem eintretender Schwangerschaft erscheint nach unserer gemachten Erfahrung ein spontaner Verlauf der Geburt nicht unmöglich, obgleich nach den durch die letzte Entbindung verursachten Verletzungen und der in Folge dessen zu erwartenden vermehrten Narbenbildung ein noch schwierigerer Verlauf zu erwarten steht. Es müsste rechtzeitig eine sorgfältige Behandlung der Geburt eingeleitet werden: die Beförderung der allmäligen Ausdehnung der Narben wäre in's Auge zu fassen und vor allen Dingen der Eintritt des Fiebers, so weit es möglich ist, durch desinficirende Ausspülungen zu verhüten, um die Gefahren einer längeren Dauer der Geburt auf ein möglichst geringes Maass zu reduciren. Wahrscheinlich immerhin erscheint es uns, dass die Veränderungen in der Scheide so hochgradig geworden sein werden, dass nur an die rechtzeitige Einleitung des Abortes oder die Ausführung des Kaiserschnittes als zweckmässigere therapeutische Maassnahmen wird gedacht werden können.

Referate.

Szabó (Budapest): Statistisches über den Keuchhusten. (Pest. med. chir. Presse №№ 35—38.)

Im Verlaufe von 35 Jahren wurden im Pester-Armen-Kinderspitale (1845—1879) 165,998 Kinder ambulatorisch behandelt und darunter fanden sich 4181 Kinder (2,5 %), die an Keuchhusten litten, und dieses Material hat Verf. statistisch zu verwerthen gesucht.

Die bei Weitem grösste Anzahl kam auf das *Alter* bis zu 2 Jahren (48,68 % der Keuchhustenfälle), davon befanden sich die Meisten im Alter von ½—1 Jahr (63,04 %.) — Auf die einzelnen Monate vertheilt gaben die Fälle kein deutliches Resultat bezüglich des Einflusses der *Jahreszeiten*, nur lässt sich soviel sagen, dass Keuchhusten am häufigsten im Sommer und am Seltensten im Herbst vorkommt.

Dagegen erwies es sich, dass in jedem Alter das *weibliche Geschlecht* prävalirt, folglich also öfter erkrankt als das männliche, wie dieses auch schon von Biermer hervorgehoben worden.

Ferner wurden die Angaben der Autoren, die eine besondere Disposition annehmen, in Betracht gezogen, jedoch ergab es sich, dass jedes Kind, wenn es der Infection ausgesetzt, gleich grosse Disposition zur Erkrankung besitzt, desgleichen verwirft Verf. auch die Annahme, als ob Taube (Meissner) und *Blinde* (Wimmer) eine gewisse Immunität gegen Keuchhusten besitzen und erklärt Verf. das seltenere Erkranken derselben dadurch, dass sie weniger der Infection ausgesetzt sind.

Ferner bespricht Verf. die beim Keuchhusten auftretenden *Complicationen*. Am häufigsten treten diese seitens der *Lungen* auf und zwar in Form von Bronchitis capillaris (269 Mal), Bronchialkatarrh und Emphysem um so häufiger, je jünger die Individuen. Von Seiten der *Blutcirculation* giebt es eine ganze Reihe von Complicationen, so namentlich ausser Oedem verschiedener Organe auch Haemorrhagieen der Conjunctiva (22 Mal) und 2 Mal sogar im Hautzellgewebe (Purpura haemorrhagica.) Am Unterleibe wurden 27 Nabelhernien und 11 Leistenbrüche durch Keuchhusten erzeugt. Von Seiten des Nervensystems traten 36 Mal Complicationen auf.

Auch gleichzeitig mit anderen Infectionskrankheiten wurde Keuchhusten beobachtet, so 19 Mal mit Masern, 11 Mal mit Windpocken, 2 Mal mit Scharlach und 1 Mal mit Blattern und sprechen diese Zahlen genügend gegen die Behauptung, dass Masern und Scharlach gegen Keuchhusten schützen sollen.

Von besonderem Interesse ist die vorliegende Arbeit dadurch, dass sie Nachweise dafür liefert, wie oft Keuchhusten eine Rolle in der Aetiologie anderer Krankheiten spielt.

Die Angaben über die Mortalität lassen wir weg, da sie sich nicht auf die ambulatorischen Kranken beziehen, folglich von keiner Bedeutung sind. Im Allgemeinen ist die Mortalität auch in Pest, wie überall um so bedeutender, je jünger die Individuen. P.

Prof. C. Emmert (Bern): Die Häufigkeit der infectiösen Augenkrankheiten im Verhältniss zu den Jahreszeiten. (Britisch. med. Journ. № 1084.)

Ueber dieses Thema hielt Verf. auf dem internationalen Congress in London einen Vortrag, aus dem hervorgeht, dass Ophthalmia neonatorum am häufigsten im Mai, am seltensten im December beobachtet wird, während Conjunctivitis diphtheritica am häufigsten im Januar, am geringsten im August auftritt; Hypopyon dagegen trat am Meisten im August, am seltensten im December auf. (Es wäre interessant zu erfahren, wie sich diese Angaben zu den in unserem Augenhospital gemachten Beobachtungen stellen. Ref.). P.

Max Kroemer: Ueber die Anwendung antiseptischer Atropin- und Eserinlösungen. (Corr.-Bl. f. schweiz. Aerzte 1881 № 19.)

Verf., Assistenzarzt der Augenklinik in Basel, hat sich davon überzeugt, dass die bei längerem Gebrauch von Atropinlösungen häufig genug beobachteten Unannehmlichkeiten (heftiges Brennen nach jedesmaliger Application oder sogar veritable Catarrhe) ihren Grund in Verunreinigungen der angewandten Solutionen durch Staub, namentlich aber durch Pilze (Leptothrix, Saprolegnia?) haben. Dass sich der ziemlich hohe Pilzrasen, welcher schon nach 3—4 Tagen am Boden selbst gut verschlossener Gefässe mit Atropinlösungen sichtbar wird, in der feuchten Wärme des Conjunctivalsackes üppig weiter entwickeln und zu obigen Inconvenienzen führen kann, ist jedenfalls nicht unwahrscheinlich und schlägt daher K., der in dieser Richtung mannigfache Versuche gemacht hat, vor, die Atropinsolutionen zu kochen und ihnen immer etwas Bor- und Carbolsäure (von ersterer 4 : 100, von letzterer 1 : 1000) zuzusetzen. Auch bei Eserinlösungen wird durch obiges Verfahren das Trübwerden für viele Monate verhindert und ausserdem noch das, dieser Flüssigkeit eigenthümliche Rothwerden auf ein Minimum beschränkt. — Seitdem in der Baseler Klinik antiseptische Atropin- und Eserinlösungen angewandt werden, sind keine daselbst entstandenen Conjunctivalcatarrhe beobachtet worden. F—t.

Landerer: Exstirpation des Talus bei Luxation. Aus der chirurg. Klinik zu Leipzig. (Centralbl. f. Chirurg. 1881 № 39.)

Ein 28-jähriger Pat. hatte eine Luxation des Talus erlitten, der Art, dass der Talus sich um seine Querachse gedreht und senkrecht gestellt hatte. Repositionsversuche misslangen. Da die Weichtheile auf dem Fussrücken über dem luxirten Knochen gangränös zu werden drohten, wurde die Resection des Knochens mit 12 Ctm. langem vorderem Längsschnitt gemacht. Reactionsloser Wundverlauf, nur Randgangrän der gequetschten Haut trat ein. Pat. legt grössere Entfernungen ohne Beschwerden zurück, der operirte Fuss ist nur um 2 Ctm. kürzer als der gesunde. Da nur in dem vierten Theil der Fälle die Reposition des luxirten Talus gelingt und da bei der zuwartenden Behandlung entweder mangelhafte Gebrauchsfähigkeit oder auch Ausstossung des Knochens durch Eiterung eintritt, empfiehlt Verf. für die Fälle, in denen die Reposition nicht gelingt, Exstirpation des Talus. T.

J. Mikulicz: Ueber Gastroskopie und Oesophagoskopie. (Centralbl. f. Chirurg. 1881. № 43.)

Die bisher in Vorschlag gebrachten Instrumente zur Gastroskopie haben den gestellten Anforderungen nicht genügen können, es ist daher die vorläufige Mittheilung des Verf. von grossem Interesse, dass es ihm im Verein mit dem berühmten Instrumentenmacher J. Leiter in Wien gelungen ist, ein brauchbares Gastroskop zu construiren, das die Magenwände gut inspiciren lässt. Die Erleuchtung des Mageninnern wird auf elektrischem Wege erzeugt. Das Gastroskop ist ein 65 Cent. langes, 14. Mill. dickes starres Rohr, welches eine isolirte Stromleitung, 2 Wasserkanäle, einen feinen Luftkanal und die weite Lichtung für den optischen Apparat enthält. Am unteren (ventralen) Ende trägt das Rohr die durch ein seitliches Crystallfenster gedeckte, leuchtende Platinschlinge, daneben ein zweites, kleineres Fenster mit dem Prisma, das den optischen Apparat abschliesst und endlich die feine, freie Mündung des Luftkanals. Am oberen (oralen) Ende sind die Ansatzstücke für die elektrische, die Wasser- und Luftleitung. Zwischen mittlerem und unterem Drittel ist das Rohr schwach geknickt (c. 150°) und enthält hier wieder ein Prisma. Die Knickung entspricht der Concavität der Brustwirbelsäule. Zur Untersuchung muss der Magen gereinigt, ausgespült sein und wird er nach Einführung des Instrumentes durch den Luftkanal mit Luft angefüllt; Wasseranfüllung ist störend durch Brechreiz, der dabei entsteht. Die Chloroformnarkose ist bei der Untersuchung nicht brauchbar, dagegen ist leichte Morphium-Narkose sehr geeignet, weil der Untersuchte dabei verabredete Zeichen geben und mithelfen kann, dass sich ansammelnder Schleim nicht in den Kehlkopf fliesst. Trotzdem muss der Kranke auf der Seite horizontal liegen und der Kopf so gelagert sein, dass Speichel und Schleim frei abfliessen. Dem liegenden, durch Morphium anaesthesirten Kranken wird das vollkommen armirte Instrument durch den weit geöffneten Mund am Mundwinkel (nicht in der Mitte) eingeführt. Der Kehlkopf wird dabei allmälig nach vorn und nach der Seite gedrängt, wonach das Instrument leicht weiter gleitet. Das Entfernen desselben geschieht leicht und schnell, da der Operateur beide Hände zur Verfügung hat, es ist eben keine durch Halten von Beleuchtungsapparaten in Anspruch genommen. Die Untersuchung des Oesophagus bietet nach weniger Schwierigkeiten. Da das eingeführte Rohr sich wegen der anliegenden Wirbelsäule höchstens um 180° rotiren lässt, so bedarf man zweier Gastroskope, eines rechts zeigenden, mit dem Fenster nach vorn und rechts (für die Pylorusgegend) und eines links zeigenden (für den Fundus.) Der Preis des Apparates ist nicht angegeben. T.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte, herausgegeben von Dr. Struck. I. Bd. mit 14 photolithograph. Tafeln. Berlin 1881. (Louis Gerschel) 4°, 400 S.

Hiermit zeigen wir unsern Lesern diese erste Publication des Kais. Gesundheitsamtes an, — eine Publication, die eine solche Bedeutung hat, wie bisher überhaupt noch keine Einzelerscheinung auf dem Gebiete der Hygieine. Die wichtigsten Fragen der Gegenwart über Mikroparasiten, über Infection und Desinfection, sind das Thema von 14 einzelnen Aufsätzen. Auf Grund der exactesten Beobachtungen werden Resultate gewonnen, sowohl positive als negative, die von weittragender Bedeutung sind. Regierungsrath Dr. Rob. Koch, seine Collegen und Gehilfen am Gesundheitsamt sind die Forscher, denen wir diese Arbeiten verdanken. Jede einzelne derselben erheischt ein besonderer Referat. —o—

Prof. Landois: Lehrbuch der Physiologie des Menschen. (II. Hälfte (Bogen 31–65, Schluss) II. Auflage. Wien und Leipzig. 1881. Urban und Schwarzenberg.

Kürzlich ist die II. Hälfte dieses vorzüglichen Lehrbuches erschienen und die II. Auflage somit auch vollständig beendet. Ueber die I. Hälfte haben wir seinerzeit bereits in unserer Wochenschrift (cf. № 12. 1881) eine Besprechung gebracht und können gegenwärtig nur wiederholen, dass wir das vorliegende Buch für ganz besonders empfehlungswerth halten und sind überzeugt, dass jeder College, der sich den I. Theil angeschafft, mit Spannung die II. Lieferung erwartet hat.

Im vorliegenden Theile finden wir zuerst die Fortsetzung des Capitels über die Harnapparate und möchten wir dasselbe als besonders werthvoll für den praktischen Arzt bezeichnen, da er neben der Physiologie auch in kurzer, klarer und übersichtlicher Weise die Anleitung zur Harnanalyse findet. Dann folgen die Capitel: Haut, Muskeln, Bewegungsapparat nebst Besprechung der Heilgymnastik und des Turnens; ferner die Stimme und Sprache, Nervenphysiologie mit Einschluss der Elektrophysiologie; Rückenmark, Gehirn und Sinneswerke, Zeugung und Entwickelung. Letzteres Capitel wird allen Denjenigen, zu deren Universitätszeit noch kein Colleg über Entwickelungsgeschichte gelesen wurde, besonders willkommen sein. Den Schluss bildet ein Nachtrag, in welchem kurz über die neuesten, während des Druckes des Buches erschienen Arbeiten über physiologische Fragen berichtet wird.

Somit entspricht das Werk allen Anforderungen sowohl des praktischen Arztes wie des angehenden Collegen, da Verf. es vorzüglich verstanden, die Fragen der Physiologie und der praktischen Medicin in einander zu flechten und doch dabei klar darzulegen.

Durch vorzügliche Ausstattung und zahlreiche Abbildungen ist auch der Verlag bemüht gewesen dem bedeutenden Geistesproduct das entsprechende Aeussere zu geben. P.

Maschka: Handbuch der gerichtlichen Medicin. Tübingen 1881. Buchhandlung von H. Laupp. Bd. I, Gr. 8° 1031 S. Pr. 16 Mark.

Das vorliegende Buch ist ein Sammelwerk, in welchem die einzelnen Capitel von verschiedenen, meist in der Wissenschaft wohlbekannten Autoritäten bearbeitet sind. Da leider nur der I. Band vorliegt, so lässt sich über das ganze Werk vorläufig noch kein vollständiges Urtheil fällen. Doch verspricht schon das Namenregister der Autoren Gutes. Was den ersten Band anbetrifft, so ist es unmöglich, hier auf die einzelnen, meist sorgfältig bearbeiteten Capitel näher einzugehen, jedoch lässt sich sagen, dass man beim Lesen bald bemerkt, dass die einzelnen Arbeiten aus berufener Hand stammen. Die gründliche Bearbeitung des reichen gebotenen Materials wird dieses Sammelwerk dem Gerichtsarzte werth machen. Somit empfehlen wir den vorliegenden Band I dieses Werkes allen Collegen, die sich mit der forensischen Medicin eingehender beschäftigen wollen, und wünschen, dass die beiden folgenden Bände dem ersten entsprechen mögen. Bedauern müssen wir nur, dass ausser der deutschen und österreichischen Gesetzgebung nicht auch noch unsere gesetzlichen Bestimmungen in den betreffenden Capiteln berücksichtigt worden sind.— Der Inhalt des Band I ist folgender: Geschichte der Medicin von Janovsky; Aufgaben des Gerichtsarztes von Eulenberg; Lehre von den Verletzungen von Blumenstok, Weil, Hasner von Artha und Trautmann; Untersuchung von Blutspuren von Dragendorff; Untersuchung von Haaren von Oesterlen; Untersuchung der Spuren von Fusstritten und Werk-

zeugen von Schauenstein; Tod durch Erstickung von Maschka, Ertrinken von Belohradsky; Tod durch Verblutung von Oesterlen; Tod durch Nahrungsentziehung von F. A. Falk; Tod durch Verbrennung, Verbrühung und Insolation von Falk; Tod durch Erfrieren von Blumenstok; Tod durch Blitzschlag von Oeterlen; Schädigungen der Gesundheit und Tod durch psychische Insulte von Schauenstein; Kindsmord von Skrzeczka. — Die äussere Ausstattung des Werkes ist eine gute. Br.

Russische medicinische Literatur.

№ 294. **Wratsch. № 48.**
Inhalt: a) Prof. N. Iwanowski: Rede, gehalten bei Enthüllung der Büste des verst. Prof. Rudnew.
b) Prof. Schtscherbakow: Neue Methode zur Concentrirung des Harns behufs Untersuchung desselben.
c) J. Lwow: Zur Aetiologie der Placenta praevia. (Forts.)
d) N. Bogoljubow: Ein Fall von Exstirpation des Uterus nach der Freund'schen Methode mit glücklichem Ausgange.
e) Preferanssow: Ein Fall von Rotzkrankheit beim Menschen.
f) Fleischer: Ueber primäre Tuberculose als Ursache von chirurgischen Krankheiten.

№ 295. **Klinitscheskaja Gaseta № 35.**
Inhalt: a) T. Jankowski: Ueber das Contagium der Diphtherie. (Experimentelle Untersuchungen aus der Klinik des Prof. Laschkewitsch.)
b) W. Borodulin: Thermometrische Schwankungen bei den verschiedenen Formen des Typhus abd. und exanth.

№ 296. **Wojenno-Sanitarnoje Djelo № 31.**
Inhalt: a) W. Radakow: Der Sanitätszustand des 11. Armeecorps.

№ 297. **Medicinischer Bericht des St. Petersburger temporären Stadthospitals von 1880 für Typhuskranke,** herausgegeben von den Aerzten desselben unter der Redaction des Prof. J. Tschudnowski. St. Petersburg 1881 514 Seiten mit 80 Abbildungen.
Inhalt: a) Prof. J. Tschudnowski: Allgemeines über die Einrichtung des Hospitals, Verpflegung der Kranken, Behandlungsmethoden u. s. w.
b) F. Pasternazki: Ueber enhospitale Infection der Kranken und des Personals.
c) N. Borchsenius: Ueber Typhus recurrens.
d) F. Pasternazki: Ueber Typhus exanthematicus, abdominalis und die unbestimmten Formen.
e) Lebedew: Die Mischformen von Typhus.
f) F. Pasternazki: Complicationen des Typhus mit anderen Krankheiten.
g) D. Wjerjushski: Ueber die croupöse Pneumonie.

№ 298. **Medizinskoje Obosrenje** November-Heft. 1881.
Inhalt: a) Langowoi: Affection der Herzgefässe bei Cirrhose der Nieren.
b) Kirschmann: Vernichtung des Septum narium durch Oestrus ovis (Bremse).
c) Ssemtschenko: 2 Fälle von Aphasie bei Kindern nach Typhus abdominalis.
d) Derselbe: 3 Fälle von Meningitis cerebrospinalis.
e) M. Lebedew: Uterus duplex separatus et vagina septa; atresia hymenalis, haematometra et haematocolpos.
f) Skabitschewski: Ueber excitomotorische Nerven bei der Katze.

№ 299. **Westnik Wodoletschenija.** November-Heft. 1881.
Inhalt: a) T. Sewrjuka: Die Salzquellen von Ciechocinek.
b) R. Palm: Chemische Analyse der Eisenquellen in Sslawinsk und Brunowicz bei Lublin.
c) N. Sljunin: Die Mineralbäder Sibiriens.
d) Derselbe: Die Mineralquellen von Kalwadshar im Kaukasus.
e) Derselbe: Das Mineralwasser von Astrachan.
f) G. Kazmann: Die Schwefelquellen von Chilowo.
g) W. Stange: Bericht über die Kumyss-Saison des Jahres 1881 in der Anstalt Annajew's bei Ssamara.

St. Petersburger Inaugural-Dissertationen
vom Jahre 1881.

— Mich. Rasumowski: Ueber die Nerven der Schleimhaut des schwangeren Uterus der Säugethiere.
— Eug. Wassiljew: Materialien zur Pharmakologie des Resorcin.
— Mich. Afanassjew: Ueber den Nerveneinfluss bei der Gallensecretion nebst einigen Hinweisen auf die Entstehung des Icterus.
— S. M. Arutinianz: Ueber die chemische Untersuchung der Cannabis indica.
— A. W. Korsch: Zur Frage von dem Einfluss der Schwangerschaft auf Beweglichkeit der Beckenverbindungen.
— J. Raptschewski: Zur Frage von den pathologisch-anatomischen Veränderungen der Magenschleimhaut bei acuter Entzündung.
— J. Nechames: Der Kopfkohl und seine Nährstoffe im frischen und gesäuerten Zustande.
— D. M. Kirejew: Zur Frage der extrauterinen Ueberwanderung des Eies.
— F. Ssoloweitschik: Die verbreitetsten Desinfectionsmittel und ihr wirklicher Werth.
— A. E. Schmidt: Kritische und experimentelle Untersuchungen über die Uterusnaht.
— J. Brillant: Zur Frage über die toxische Wirkung des Phosphors und Phosphorwasserstoffs auf den thierischen Organismus.
— Beresin: Materialien zur pathologischen Anatomie des Rotzes.
— R. Kaplanowski: Zur Frage über die Mittel zur Auffindung des Mutterkorns im Roggenmehl und Brod.
— Agapitow: Zur Frage von der künstlichen Einführung gasförmiger und flüssiger Stoffe in die Paukenhöhle durch die Tuba Eustachii.
— M. Kirilow: Zur Frage von der Formveränderung des Brustkorbes und Rückgrates durch Pressung und Belastung.
— Arn. Raabe: Materialien zur Frage von der Gerbsäure in Rad. Ratanhiae.
— N. W. Jastrebow: Zur normalen und pathologischen Anatomie des Ganglion cervicale uteri. Mit Abbildungen.
— L. Chanzkelewitsch: Die pharmakologische und therapeutische Bedeutung des Pilocarpin im Allgemeinen und für die Ophthalmologie im Besonderen.
— S. J. Afanassjew: Aus Beobachtungen an Phthisischen.
— W. Koplewski: Ueber die Veränderungen der automatischen Herzganglien bei einigen pathologischen Processen im Herzmuskel.
— Stan. Klikowitsch: Das Stickstoffoxydul und ein Versuch zu seiner therapeutischen Anwendung.
— S. W. Schidlowski: Die Reinigung des Trinkwassers durch Sand in grossem Maassstabe.
— N. Archangelski: Die Theorie Pettenkofer's, angewandt auf die Insel Kotlin.
— D. Bjelow: Material zur Lehre von den Bedingungen des dynamischen Gleichgewichts der äusseren und inneren Mm. recti in Augen verschiedener Refraction.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Dritte Abhandlung zur Theorie der Arsenikwirkungen von C. Binz und W. Schulz (Sep.-Abdr. aus d. Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie. Bd. XIV)
— Wiener Klinik. Heft 11. — Dr. J. Hock: Die kleinen chirurgischen Handgriffe in der Augenheilkunde. — Urban und Schwarzenberg. — Wien 1881.
— Analytisches Hülfsbuch für physiologisch-chemische Uebungen in Tabellenform von Dr. Th. Weyl. — Jul. Springer. — Berlin 1882.
— Årsberättelse från Sabbatsbergs Sjukhus i Stockholm för 1880, afgifven af Dr. F. W. Warfvinge.
— Rapport de 1879 pour l'Hôpital de Sabbatsberg à Stockholm von F. W. Warfvinge.
— Transactions of the medical and chirurgical faculty of the state of Maryland, 83d annual session, held at Baltimore, April 1881.
— Paris médical. №№ 47, 48.
— Haw to use the bromites by G. M. Beard. (Sep.-Abdr. aus Journal of nervons and mental disease. Vol. VIII. № 3. July 1881.
— The medical bulletin № 11.
— Compendium der Elektrotherapie von Dr. H. Pierson. 3. Aufl. Mit 29 Holzschnitten. — Ambr. Abel. — Leipzig 1882.
— Il movimento. № 9 und 10.
— Ueber den Werth der Infusion alkalischer Kochsalzlösung in das Gefässsystem bei acuter Anämie von Dr. E. Schwarz. Mit 2 Curventafeln. (Habilitationsschrift). — Halle 1881.
— Ueber anomale Drehung der Schultern und des Kopfes bei Scheitellagen von J. Ssyromjatnikow. (russ.) — Sep. Abdr. aus Wratsch № 37 und 48.
— Maryland medical journal № 13.
— Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre von Prof. Ed. Albert. Bd. II. Krankheiten der Wirbelsäule, Brust, des Schultergürtels u. d. oberen Gliedmaassen. — Mit 179 Holzschnitten. — 2. Aufl. — Urban u. Schwarzenberg. — Wien u. Leipzig 1881.
— Sanitäts-Geschichte und -Statistik der Occupation Bosniens und der Herzegowina im Jahre 1878 von Dr. Paul Myrdacz. — Urban und Schwarzenberg. — Wien und Leipzig. 1882.

Protokolle des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 5. Mai 1881.

Dr. Reyher theilt mit, dass er den von ihm in der Sitzung vom 21. April mit der Diagnose Knochenabscess der linken Tibia vorgestellten Kranken trepanirt, und dabei seine Diagnose vollkommen bestätigt gefunden hat. Die Trepanation ergab zwei bohnengrosse Abscesse der Tibia. Das Befinden des Kranken ist sehr befriedigend; die starken, bohrenden Schmerzen im linken Unterschenkel sind vollkommen geschwunden, die Temperatur ist normal. — Weiterhin berichtet Dr. Reyher über seine chirurgische Thätigkeit im Nicolai-Militärhospital. Durch Beobachtung der strengsten Antiseptik bei allen, selbst den unbedeutendsten chirurgischen Eingriffen ist es Ref. gelungen die früher in den Räumen des Nicolai-Militärhospitals so unendlich häufig vorkommenden, fast einer jeden Operation nachfolgenden Wundkrankheiten zu eliminiren. Operationen, an deren Ausführung vor Einführung der streng durchgeführten Antiseptik in genannter Anstalt kaum gedacht werden durfte, können jetzt mit bestem Erfolge unternommen werden. Als Beleg dafür theilt Dr. Reyher mit, dass er 3 Ovariotomien (eine doppelseitige nach Botté), und eine Totalexstirpation des Uterus bis auf die portio vaginalis mit Laparotomie wegen eines Uterusfibroms mit dem besten Erfolge ausgeführt hat. Ref. lässt seine Ovariotomirten, um dem etwaigen Secret durch die Drainröhren besseren Abfluss zu gestatten, in den ersten Tagen nach der Operation die Bauchlage einnehmen, und soll dieselbe von den Kranken sehr gut vertragen werden. — Schliesslich stellt Dr. Reyher der Versammlung zwei von ihm operirte Pat. vor. Im ersten Falle handelte es sich um eine partielle, linkseitige Resection des Unterkiefers wegen weit vorgeschrittenem Carcinom der Lippe bei einem 30-jährigen Manne, im zweiten um ein doppelseitiges Genu valgum, welches Ref. erst am 15. April durch quere Durchmeisselung beider Oberschenkelknochen vollkommen beseitigt hat. — Pat. kann jetzt bereits gehen, — auch ist die Beweglichkeit in beiden Kniegelenken vollkommen erhalten.

Dr. Petersen hält einen Vortrag über Milzrupturen und Milzabscessse, und legt der Gesellschaft diesbezügliche, aus dem Alexander-Hospital stammende Präparate vor. Der Vortrag ist für den Druck bestimmt.

Dr. Biel als Gast legt der Versammlung folgende neue pharmaceutische Präparate vor: *a*) *Peptonum siccum* v. Dr. Witte, von Prof. Maly als bestes Peptonpräparat anerkannt, ist dabei billiger als die flüssigen Peptone weil es gehaltreicher ist; *b*) das *Ferrum peptonatum* mit 5 % Eisenoxyd, besonders als diätetisches Mittel in Aufnahme gekommen; *c*) das *Monobromäthyl*, als vorzügliches Anästheticum bei Augen- und Zahnoperationen empfohlen.. 5—10 Gramm werden davon auf ein Taschentuch gegossen und inhalirt; *d*) das *Monochloräthylenchlorid* von Dr. Tauber, auch als Anästheticum sehr empfohlen. Vor Chloroform hat es den Vorzug, dass der Narcose kein Exaltationsstadium vorausgeht und auch keine Brechneigung erfolgt; *e*) das *Menthol* wirkt analog dem Thymol; *f*) das *Ammonium camphoricum* in neuester Zeit statt Monobromcampher angewendet; *g*) das *Chininum dihydrobromatum* und *das Chininum bimuriaticum carbamidatum*, beides in Wasser völlig lösliche Chininsalze, werden zu subcutanen Injectionen empfohlen; *h*) das *Aspidospermінum purum* und *citricum*, Alkaloid aus der echten Quebrachorinde, Dosis circa 1 Gr; *i*) das *Resorcin* und *Hydrochinon*, zwei Dihydroxyl-Benzole, äusserlich als Antiseptica innerlich als Antipyretica angewendet. Dosis des Resorcin 2—3 Gr. (Maximaldosis pro die 5 Gr.), Dosis des Hydrochinon in Lösung 0,2 Grm., Maximaldosis 0,8—1,0 Grm. und *k*) das *Tripolith*.

Dr. Rieder theilt folgenden Krankheitsfall mit: Pat., 17 Jahre alt, mit Erysipel des Gesichtes und des Kopfes, Milztumor, heftigen Kopfschmerzen und ziemlich hoher Febris continua zeigt auch nach Ablauf des Erysipels hohe Temperaturen und klagt über heftige Kopfschmerzen. Pat. war somnolent, wurde comatös und starb. Die Obduction ergab eine *diffuse acute Osteomyelitis des Schädeldaches und der Rippen*, ausserdem chronischen Milztumor und beginnende Hypostase der linken Lunge. Es handelte sich also um eine *Osteomyelitis acuta diffusa spontanea*. Bemerkenswerth war das selten beobachtete, gleichzeitige Ergriffensein *mehrerer flacher* Knochen. Secretair Dr. Lange.

N. I. Pirogow. †

Nachdem wir bereits an der Spitze der vorigen Nummer unseres Blattes der Trauer um den schweren Verlust, welchen unser Stand, unsere Wissenschaft, unser Land durch den Tod Pirogow's erlitten, Ausdruck gegeben haben, bringen wir heute noch einen kurzen Abriss der Lebensgeschichte des grossen Gelehrten und Arztes.

Nicolai Pirogow wurde am 13. November 1810 in Moskau geboren, wo sein Vater Intendanturbeamter war. Die erste Erziehung erhielt er im elterlichen Hause, später besuchte er zwei Jahre eine Privatanstalt. Im Alter von etwas über 14 Jahren bezog er schon die Universität Moskau, wo er den medicinischen Cursus nach 3 Jahren mit dem Arztgrade beendigte. Auf den Rath des Moskauer Professors Muchin trat er in das Professoren-Institut ein und wurde nach Dorpat geschickt, wo damals ein solches Institut zur Ausbildung von Professoren bestand. In Dorpat studirte P. 5 Jahre (von 1828—1833), erhielt 1829 bei der Preisvertheilung die goldene Medaille und erlangte im Jahre 1833 nach Vertheidigung seiner Dissertation: «Num vinctura aortae abdominalis in aneurysmate inguinali adhibita facile ac tutum sit remedium» den Doctorgrad. Von Dorpat ging er behufs weiterer Vervollkommnung nach Berlin und dann nach Göttingen, wo er 2 Jahre eifrig die Vorlesungen der dortigen berühmten Professoren besuchte. Auf der Rückreise in die Heimath erkrankte er in Riga und musste auf dem Krankenbette noch die betrübende Nachricht erfahren, dass die Professur der Chirurgie in Moskau, welche ihm zugesagt worden war, sein Studiengenosse in Dorpat, Inosemzew, erhalten hatte. Die trübe Stimmung, in welche P. durch dieses Missgeschick versetzt wurde, sollte jedoch nicht lange dauern, denn, noch kaum genesen, erhielt er die Nachricht von seiner Berufung auf den Lehrstuhl der Chirurgie an der Dorpater Universität, auf Vorschlag seines früheren Lehrers Prof. Moyer. In Dorpat wirkte Pirogow mit grossem Eifer und Erfolge 5 Jahre hindurch (1836—1840) und aus dieser Zeit stammt auch sein berühmtestes Werk die «chirurgische Anatomie der Arterienstämme und Fascien» nebst Atlas. Als P. von der Dorpater Universität bald nach Herausgabe dieses Atlas behufs weiterer Studien nach Paris geschickt wurde, soll der berühmte Chirurg Velpeau, den er gerade beim Beschauen seines Atlas antraf, ihm gesagt haben: «Nicht Sie haben von mir zu lernen, sondern ich von Ihnen».

Im Jahre 1840 wurde Pirogow von dem damaligen Curator der medico-chirurgischen Academie Kleinmichel, dem er ein Project betreffend die Einrichtung von Hospitalkliniken zur Ausbildung von Aerzten eingereicht hatte, nach Petersburg als Professor der chirurgischen Hospitalklinik an die medico-chirurgische Academie berufen. Das Petersburger Militärhospital, an welchem er seine praktische Thätigkeit begann, war damals, wie er selbst in seiner Rede am Jubiläumstage in Moskau schilderte, ein wahrer Seuchenherd, angefüllt mit Miasmen, welche Kranke und Gesunde zu Grunde richteten und wo er auch selbst erkrankte. Seine energischen Forderungen einer Abhülfe dieser Mängel und Verbesserung der hygieinischen Verhältnisse zogen ihm die Missgunst der beschränkten Militär-Hospital-Verwaltung zu, die sogar so weit ging, dass er der Geistesstörung verdächtigt und insgeheim unter Aufsicht gestellt wurde, damit er den Kranken nicht Schaden zufüge.

In dieser Hospitalklinik war es, wo Pirogow zuerst in Russland die Aetherisation bei Operationen anwandte. Im J. 1848, als die Cholera hier wüthete, richtete er eine besondere Abtheilung für Cholerakranke in seiner Klinik ein und führte mehr als 800 Sectionen von Choleraleichen aus, als deren Ergebniss er eine Abhandlung über die pathologische Anatomie der asiatischen Cholera veröffentlichte. Im Laufe von 14 Jahren soll P. mehr als 11,000 Sectionen ausgeführt haben.

Während des Krimkrieges war P. mit der grössten Selbstaufopferung bei Sewastopol thätig, gerieth aber durch sein energisches Auftreten gegen die dort herrschenden himmelschreienden Missbräuche der Administration mit der Militärverwaltung in Conflict, so dass er bei seiner Rückkehr nach Petersburg seine Professur bei der Academie, welche ja dem Kriegsministerium unterstellt ist, aufgeben musste. Durch einen Aufsatz P.'s, «Lebensfragen» betitelt, den er im «Morskoi Sbornik» veröffentlichte, wurde die Aufmerksamkeit des damaligen Ministers der Volksaufklärung Norow auf ihn gelenkt. Pirogow wurde Curator des Odessaer und später des Kijewschen Lehrbezirks. Aber auch hier hatte er mit beschränkten Ideen und kleinlichen Interessen zu kämpfen, so dass ihm sein Wirken verleidet wurde und er sich in die Einsamkeit des Landlebens zurückzog. Die letzten fünfzehn Jahre hat Pirogow fern von jeder öffentlichen Thätigkeit verbracht. Nur zeitweilig, wenn er gerufen wurde, wo sein Wissen und seine reiche Erfahrung erforderlich war, verliess er seine Einsamkeit, wie z. B. im letzten türkischen Feldzuge, wo er die Kriegshospitäler durchwanderte und mit seinem Rath half, wo es nöthig schien.

In der letzten Zeit war P. von schweren Leiden heimgesucht. Schon gleich nach seiner Jubiläumsfeier in Moskau hiess es, dass er an einem Krebs des harten Gaumens leide, und dass von einem operativen Eingriff nach einer Consultation mit Prof. Billroth in Wien Abstand genommen sei. Ungeachtet dessen arbeitete er unermüdlich am 2. Bande seines Werkes über den Sanitätszustand unserer Truppen im letzten Kriege und an einer Selbstbiographie, die leider unvollendet geblieben ist, weiter, bis der Tod ein Ziel setzte seinem in ununterbrochenem Arbeiten und Wirken verbrachten Leben, das mehr als ein halbes Jahrhundert der Wissenschaft und der leidenden Menschheit gedient hatte.

Wir brauchen hier nicht die Bedeutung, welche der Hingeschiedene für die medicinische Wissenschaft und speciell die Chirurgie gehabt hat, besonders hervorzuheben, denn Pirogow's Verdienste um das Militärsanitätswesen, die Kriegschirurgie, um die Einführung des Gypsverbandes, um die Osteoplastik u. s w. sind der ganzen medicinischen Welt bekannt und früher ja noch im Auslande als in seiner Heimath richtig gewürdigt worden. Pirogow war aber nicht allein ein grosser Gelehrter und berühmter Arzt, sondern auch ein grosser

und edeldenkender Mensch, ein Mann im vollsten Sinne des Wortes, der seine Ueberzeugung hoch zu halten wusste und treu blieb seinem Wahlspruche:

«Sein, aber nicht scheinen wollen». Bf.

Tagesereignisse.

— Die Conferenz der militär-medicinischen Academie hat Dr. K. Winogradow einstimmig zum Prosector für pathologische Anatomie gewählt; die DDr. S. Kostjurin und N. Zybulski sind als stellvertretende Prosectoren — ersterer bei dem Lehrstuhl der allgemeinen Pathologie, der zweite bei dem der Physiologie angestellt worden. (Wr.)

— Von dem Ressort der Anstalten der Kaiserin *Maria*, welchem die Hospitäler in St. Petersburg unterstellt sind, ist bereits eine Commission unter dem Vorsitz des Geheimraths Gotowzew niedergesetzt worden, welche die Angelegenheit der Uebergabe der Hospitäler an die Stadtverwaltung zu berathen hat.

— Am Militärhospital in Wyborg ist ein weiblicher Arzt zur Ausübung der Functionen eines Ordinators ohne Gehalt zugelassen worden.

— Prof. Freund in Strassburg ist an Stelle Spiegelberg's nach Breslau berufen worden.

— In London ist der bekannte Gynäkologe Dr. Alfred Mac Clintock im 60. Lebensjahre, und in Paris das Mitglied der Pariser medicinischen Academie Dr. Briquet im Alter von 85 Jahren gestorben.

Miscellen.

— Gegen das unsinnige Vivisectionsgesetz in England, welches die Physiologie und damit die wissenschaftliche Medicin überhaupt dort zu vernichten droht, beginnen die englischen Naturforscher und Aerzte ernstlich anzukämpfen. An ihrer Spitze steht Ch. Darwin. Es soll im Parlament die Abschaffung dieses Gesetzes beantragt werden.

— Es scheint keinem Zweifel zu unterliegen, dass Fälle von *Bubonenpest* an der russisch-türkischen Grenze in Asien vorgekommen sind. Der Ort *Witz* (Distrikt Lazistan), wo bereits 5 Personen an der Seuche gestorben sind, ist mit einem Cordon umgeben und sind vom Gouverneur strenge Quarantaine-Massregeln getroffen worden.

Die *Cholera* wüthet noch immer in Mekka und Medina. Am 11. November sind in ersterer Stadt 75 Todesfälle vorgekommen. Die dort vom 25.—30. November angelangten 6982 Pilger hatten auf der Reise 367 Todesfälle, bald nach der Ankunft starben 141. In Japan ist die Epidemie ebenfalls in Zunahme begriffen.

(D. m. Wochenschr.)

Personal-Nachrichten.

Amtliche.

— *Befördert*: *Zum Staatsrath*: Dr. med. Grazianski, Mitglied des Petersburger Armen-Fürsorge-Comités. *Zu Collegien-Räthen*: Die ält. Aerzte: Schewelew, vom L.-G. Husaren-Regiment Seiner Majestät; Ssurwillo, vom 158. Infanterie-Regim. Kutais, und Iwanow, vom 89. Inf.-Reserve-Bataillon.

— *Ernannt*: Der Arzt der Wohlthätigkeits-Anstalten zu Krementschug, Gerassimowitsch — zum stellvertretenden Assistenten bei der chirurgischen Klinik der Kaiserlichen militär-medicinischen Academie; Staatsrath Monigetti, Arzt der Alexander-Waisenschule — zum ausseretatm. Arzt der Kaiserlichen Theater zu Moskau, mit Belassung in seiner bisherigen Stellung, und Tit.-Rath Ziswizki — zum ausseretatm. Ord. beim Stallhofhospital.

— *Entlassen aus dem Dienst*: *Wegen Krankheit*: C.-R. Alfejew, ält. Arzt des 17. Don. Kosaken-Regiments. *Auf eigenes Gesuch*: Die ält. Aerzte: C.-R. Petrowski, vom 58. Inf. Reserve-Bat. und Wirklicher Staatsrath Aljakritski, Arzt des Kubangebietes — alle drei mit Uniform, und Dr. med. Hehn, jüng. Arzt des 61. Infanterie-Regiments.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 29. November 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	702	250	952
Alexander- «	444	151	595
Kalinkin- «	—	494	494
Peter-Paul- «	259	118	377
St. Marien-Magdalenen Hospital	166	73	139
Marien-Hospital	289	248	537
Ausserstädtisches Hospital	214	206	420
Roshdestwensky-Hospital	49	35	84
(Nicolai-Militär)-Hospital (Civilabth.)	333	148	481
6 zeitw. Hospitäler	758	153	911
Ausschlags-Hospital	6	17	23
Summa der Civilhospitäler	3220	1893	5113
Nikolai-Kinder-Hospital	38	51	89
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	66	92	158
Elisabeth-Kinder-Hospital	33	28	61
Summa der Kinderhospitäler	137	171	308
Nicolai-Militär-Hospital	526	25	551
Ssemenow'sches Militär-Hospital	189	—	189
Kalinkin-Marine-Hospital	344	—	344
Gesammt-Summa	4416	2089	6505

Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	931	272	1203
Scarlatina	14	25	39
Variola	4	16	20
Venerische Krankheiten	704	491	1195

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 22. bis 29. November 1881 besucht von 2328 Kranken, darunter zum ersten Mal von 957.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs.

für die Woche vom 15. bis 21. November 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 493 (Todtgeborene 20). — Mortalität 38,2 p. M.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	Im Ganzen: W.	Im Ganzen: Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5–9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50 59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
280	213	493	81	21	94	12	10	19	64	60	49	39	20	18	4	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 5, Typh. abd. 19, Febris recurrens 13, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 6, Masern 1, Scharlach 18, Diphtheritis 16, Croup 7, Keuchhusten 5, Puerperalkrankheiten 2, Dysenterie 0, Thiergift 1, andere Infectionskrankheiten 12.

— Gehirnapoplexie 9, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 25, andere Gehirnkrankheiten 17, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 12, acute Entzündung der Athmungsorgane 58, Lungenschwindsucht 93, andere Krankheiten der Brusthöhle 13, Gastro-intestinal-Krankheiten 70, andere Krankheiten der Bauchhöhle 19, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 20, Marasmus senilis 13, Cachexia 18.

— Tod durch Zufall 4, Selbstmord 4, Mord 0.

— Andere Ursachen 12.

Nächste Sitzung d. deutschen ärztlichen Vereins, Montag den 14. December 1881.

Nächste Sitzung des allgem. Vereins St. Petersburger Aerzte, Dienstag den 8. December 1881.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 4 Декабря 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh., Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

ST. PETERSBURGER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg, Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 50. St. Petersburg, 12. (24.) December 1881.

Aufforderung zum Abonnement.

Wir bitten unsere geehrten Abonnenten um **baldigste Erneuerung ihres Abonnements für das Jahr 1882** — an unsere auswärtigen Abnehmer richten wir das ergebene Ersuchen, ihrer Bestellung gefälligst die letzte gedruckte Banderole (ev. mit den nöthigen Berichtigungen) beizufügen.

Der Preis für das **ganze** Jahr beträgt **8 S.-Rbl.** — incl. Zusendung per Post.

Beitrag zur Desinfectionsfrage.

Von

Dr. F. Herrmann.

Zu den wichtigen, unsere Zeit bewegenden, hygieinischen Fragen gehört unstreitig die der Desinfection. Die Mikroskopie und das Experiment haben ihr eine neue Gestalt gegeben, sie zu einer speciellen Wissenschaft erhoben. Jahr auf Jahr, Monate auf Monate treten neue eingehende Arbeiten an's Licht, oft aber stösst die eine um, was die andere kaum zur Geltung gebracht. Den Stein des Anstosses bildet unsere ungenügende Kenntniss der krankmachenden Ursache, der Infection, die selbstverständlich bei jeder Desinfection vorausgesetzt wird. Selbst die Frage, ob auch alle inficirenden Stoffe organisirt sind, ist noch nicht erledigt, ihre Natur, die Bedingungen und Dauer ihres Lebens sind nur für einzelne Krankheiten bekannt und heute noch kommen wir, wie Wernich sagt, nicht über die Wahrscheinlichkeit und Analogie hinaus.

In früherer Zeit galt die Hypothese, dass die Krankheitsnoxe in schädlichen chemischen Verbindungen bestehe, welche sich im Menschen selbst entwickeln oder von aussen durch Ansteckung oder mit der Nahrung und Luft ihm zugeführt werden. Im Einklange damit, sollten Chlor und andere Chemikalien jene chemischen Verbindungen zersetzen und für den Organismus unschädlich machen. Diese Ansicht konnte sich lange behaupten, weil die Wirksamkeit der desinficirenden Mittel sich allein durch den Geruchssinn und allenfalls durch den Geschmackssinn controlliren liess, während die thatsächlich erloschene Infectionsfähigkeit am Menschen nicht nachgewiesen werden konnte. Die neue und neueste Zeit hat in mehreren Infectionskrankheiten ein mikroskopisches Contagium vivum, Parasiten der niedersten Ordnung entdeckt, die, unter dem allgemeinen Namen Bakterien, als die eigentlichen Krankheitskeime, als Fermente und Erreger betrachtet werden. Mit dieser Entdeckung musste die alte chemische Theorie fallen, die parasitäre trat an ihre Stelle. Die Züchtung und Cultur jener Mikroorganismen führte zu fortschreitender Erkenntniss ihrer Eigenart, man lernte ihre Widerstandsfähigkeit gegen physikalische und chemische Angriffe kennen und den Werth der, gegen sie gerichteten Desinfectionsmittel abschätzen. Fortgesetzte Beobachtung schärfte den Blick und lehrte dass Pilze leicht, Bakterien schwerer zu vernichten sind; am schwersten diejenigen unter ihnen, welche Sporen und Dauersporen entwickeln. Diese letzten widerstehen selbst höherer Hitze und giftigen Chemikalien und büssen ihr Fortentwickelungsvermögen erst bei langer und modificirter Anwendung jener Mittel ein. Die unbegrenzte Wucherung vieler Bakterien wird durch ihre zähe Keimkraft unterstützt, die Uebertragung derselben auf höhere Organismen durch den Umstand vermittelt, dass sie wenn nicht flüchtig, so doch leicht zerstäubbar sind. In Folge dessen werden viele Krankheiten dem lebenden Organismus auf verschiedenen Wegen, am häufigsten aber durch die Respirationswege mitgetheilt. Noch in diesem Frühjahre sahen wir im Obuchow-Hospitale, dass der Milzbrand, der sich gewöhnlich auf der äusseren Haut zuerst kund giebt, in die Respirationsorgane gedrungen war und sich, wie die Section nachwies,

nur im Larynx, in der Trachea und den Bronchialdrüsen abgelagert hatte, während die Organe der Bauchhöhle, des Kopfes und der äusseren Haut vollkommen frei geblieben waren.

Die Infectionsstoffe im lebenden Organismus, ohne Schädigung des letzten zu tödten, ist noch nicht gelungen und die in der älteren Literatur vorgeschlagene Coupirung der Infectionskrankheiten, weiset unsere Zeit zurück. Um so gerechtfertigter ist das Streben, die Krankheitskeime zu tödten, sowohl in den Krankenhäusern als in den Exhalationen ihrer Insassen, schliesslich in allen, mit den Kranken in Berührung gewesenen Utensilien.

Bei unserer mangelhaften Kenntniss der Krankheitskeime giebt es keine specifische Vorschrift für deren Vernichtung, für Desinfection; doch dürfen wir von den bereits bekannten Bakterien auf die Natur der unbekannten, ihnen nahe stehenden Infectionsstoffe schliessen und gegen sie alle bisher erprobten Kräfte in's Feld führen. Zu diesen gehören mechanische Ventilation, Entziehung des Wassergehalts in den zu desinficirenden Gegenständen, vorzugsweise aber einige Chemikalien und hohe Erhitzung. Obgleich nun die Wirksamkeit des Chlors, des Ozons, der Carbolsäure und anderer Chemikalien nicht ganz geläugnet wird, ist das Vertrauen zu ihnen in unserer Zeit erschüttert, auch thut ihre oft ätzende Wirkung auf die zu reinigenden Gegenstände, ihrer kräftigen Anwendung Eintrag. In Folge dessen bevorzugt die Mehrzahl neuerer Forscher die höhere Erhitzung, welche jene hypothetischen Krankheitskeime, als stickstoffhaltige, den Eiweisskörpern nahestehende Substanzen lähmt und gerinnen lässt und unter gewissen Umständen sie bleibend vernichtet. Der Wunsch eine zweckmässige Hitzkammer für das Obuchow-Hospital zu schaffen führte zu meiner heutigen Arbeit.

Trockene Hitze wurde in England schon in den dreissiger Jahren unseres Jahrhunderts zur Desinfection bei Cholera und Scharlach angewandt. Roth und Lex in Deutschland sammelten das darüber Bekannte für die Pest, das gelbe Fieber und puerperale Erkrankungen. Erisman, Huebner, Kapustin und Andere, berichteten über das im letzten russisch-türkischen Kriege eingeschlagene Verfahren. Thor, Appert, Esse, Merke und Andere beschrieben und zeichneten ausführlich verschieden gestaltete Hitzkammern. Auch in Petersburg sind solche gebaut worden, doch haben sie den Erwartungen nicht entsprochen.

Die Desinfectionsapparate unserer Hospitäler beschränken sich meines Wissens noch auf Anwendung trockener Hitze. Die zu reinigenden Gegenstände werden zu diesem Zwecke in metallenen oder gemauerten Kammern gelagert, die letzteren hermetisch geschlossen und die Erhitzung bei Anfangs offenem Abfuhrschornsteine begonnen; es geschieht letzteres um den, aus den Kleidern aufsteigenden mephistischen Ausdünstungen einen Ausweg zu gestatten. Nach einiger Zeit wird jener Schornstein geschlossen, die eigentliche Erhitzung tritt ein und soll eine Stunde lang auf 120° C. unterhalten werden. Vorrichtungen dieser Art haben sich im Auslande bewährt, dennoch hielt ich es für geboten zu untersuchen, ob alle unsere zu desinficirenden Gegenstände die vorgeschriebene Hitze vertragen, und ob nicht andere zufällige Missstände eintreten können?

Dass diese Vorsicht keinesweges überflüssig war, werden wir später erfahren, einstweilen muss ich eines unerwarteten, in Berlin wie in Petersburg beobachteten Umstandes erwähnen. Bei Besichtigung des alten, von Esse in der Berliner Charité erbauten Desinfectionsapparates bemerkte ich auf dem Boden desselben Spuren verkohlter Kleidungsstücke und erfuhr, dass die letzten zuweilen in Brand gerathen, wenn Zündhölzchen in ihnen unentdeckt geblieben; dasselbe geschah in Petersburg bei Prüfung der Hitzkammer des Alexanderhospitals, die Kleider geriethen in Brand, obgleich die Temperatur im Apparate nur auf 65° R. gebracht werden konnte [1]. Dieser Gefahr zu entgehen ist schwierig, da heut zu Tage Alles raucht und der Arbeiter seine Zündhölzchen frei in der Tasche trägt. Bei unserer täglichen Aufnahme von 50—90 Kranken ist es nicht möglich alle Taschen sorgfältig auszukehren, noch weniger aber nach einzelnen, in den Falten oder dem Futter der Kleider verlorenen Zündhölzchen herumzustöbern. Kleider und Utensilien werden auf diese Weise immer in Brand gerathen können und dieser Gefahr muss auf irgend eine Art vorgebeugt werden.

Mein erster Gedanke war, die zu desinficirenden Stoffe in einem Luftraume zu erhitzen, in welchem der atmosphärische Sauerstoff durch Kohlensäure oder ein anderes nicht brennbares Gas verdrängt worden ist. Diese Procedur, kostspielig und umständlich, war nicht durchzuführen. Da nun Phosphor schon bei 45° schmilzt und sich nicht entzündet, solange die Schmelzung unter Wasser geschieht, war zu erwarten, dass auch Phosphorzündhölzchen, in einem mit erhitztem Wasserdampfe gefüllten Raume nicht in Brand gerathen werden oder, selbst wenn ein solcher erfolgt, er rasch erlöschen, wenigstens local begrenzt bleiben müsse, ohne die umhüllenden Kleider zu gefährden.

Von diesem Gesichtspunkte ausgehend, legte ich im November 1879 den Plan einer Desinfectionskammer vor, in welcher statt erhitzter trockener Luft Wasserdampf von 125—140° C. empfohlen wurde. Sollte nach dem Beispiele anderer Länder die trockene Erhitzung vorgezogen werden, so glaubte ich eine grössere Kleiderentzündung vermeiden zu können, wenn ich in den Desinfectionsapparat zuvor heissen Wasserdampf einströmen und erst nach circa 15 Minuten die eigentliche trockene Erhitzung eintreten liesse.

Wichtiger als diese Brandgefahr war die Frage, wie verhalten sich die zu reinigenden Gegenstände bei hoher trockener Erhitzung, wie bei feuchter? Zur Klärung dieser Frage hatten wir uns an Chemiker gewandt, die Antwort lautete: es müssen zu diesem Zwecke erst neue, Zeit und Geld verlangende Versuche angestellt werden. Da Beides fehlte, sah ich mich gezwungen unseren Hospitalapotheker H. Schylzow in Anspruch zu nehmen; er hat mich freundlichst unterstützt und mit unseren beschränkten Hilfsmitteln sich der Arbeit unterzogen.

Geprüft wurden:

A) Gewöhnliche Zündhölzchen, sowohl frei hängend als in leinene und wollene Läppchen gehüllt, in ihrem Verhalten gegenüber trockener und feuchter Hitze.

[1] Vor Kurzem noch wurde dieselbe Erfahrung in einem anderen Hospitale Petersburgs und in Odessa gemacht.

B) Die Wirkung trockener Hitze auf Baumwolle, Lein, Tuch, Krollhaare, Leder und Pelzwerk.

C) Die Wirkung feuchter Hitze auf dieselben Gegenstände.

D) Das Verhalten thierischer Häute in kochendem Wasser.

E) Die Wirkung schwefliger Säure auf Pelzwerk und andere Gegenstände bei Zimmertemperatur.

In Bezug auf A ergab sich, dass die Zündmasse der gewöhnlichen Zündhölzchen, in trockener Luft bereits bei 45—50° brodelt und aufflammt. In Bezug auf B, die Einwirkung trockener Hitze auf Baumwolle, Lein, Wolle, Leder, Haare und Pelzwerk, war a priori vorauszusetzen, dass alle, dieser Procedur unterworfenen Gegenstände Veränderungen eingehen müssen, je nach der Menge des in ihnen enthaltenen hygroskopischen Wassers. Wieder Erwarten fand sich, dass Lein und Baumwolle bei 100° C. nicht verändert werden, Tuch und Wolle nur etwas an Glanz und Elasticität verlieren; dass ferner den Matrazen entnommene Krollhaare und Stiefelleder nicht angegriffen werden, der Schafspelz hingegen bedeutende Veränderungen erleidet. Das zur Demonstration uns vorliegende Stück des Pelzes ist im Laufe einer Stunde bei trockener Erhitzung auf 100° C., um $^1/_6$ seines Umfanges eingeschnurrt, hart und blasig geworden, das Haar hat an seiner Kräuselung, seiner Weichheit und Elasticität eingebüsst und fällt bei leichtem Zupfen aus.

Bei Behandlung von Gegenständen mit Wasserdämpfen von 100° C. ergab sich Folgendes: Bei den in Tuchläppchen locker eingehüllten Zündhölzchen waren deren Köpfchen kurz abgebrannt, im Tuche schwarze Flecken hinterlassend; in leinenen Läppchen hatten sie, mehrfach umwickelt, unmittelbar um die Köpfchen herum, kleine Löcher in die Umhüllung eingebrannt, in beiden Fällen war die Verbrennung auf die Zündmasse beschränkt geblieben ohne auf das reine Holzstäbchen übergegangen zu sein.

C) Baumwollene und leinene Gewebe 1 Stunde mit Wasserdämpfen von 100° behandelt, zeigen in Farbe und Textur keine deutliche Veränderung; dasselbe gilt für wollene Stoffe und Krollhaare. Selbst bei Dämpfen von 140° C. werden die genannten Stoffe nicht angegriffen; erst wenn die Temperatur auf 175° C. gesteigert ist, beginnen Wolle, Baumwolle und die Haare des Pelzwerkes sich zu bräunen und tritt diese Bräunung besonders deutlich an den Stellen hervor, welche die Wände des Behälters, in dem sie erhitzt werden, unmittelbar berühren.

Stiefelleder wird schon bei feuchter Hitze von 100° hart wie Stein und schnurrt, wie das vorliegende Probestück zeigt, um die Hälfte seines früheren Umfanges zusammen.

Ebenso grosse Veränderungen traten beim Pelzwerke zu Tage, es erleidet eine Einbusse von $^1/_5$ seines Umfanges, die Haut wird pergamenthart und rollt sich muldenförmig auf; das Haar geht ähnliche Veränderungen ein, wie wir sie bei trockener Erhitzung wahrgenommen, doch werden seine Wurzeln weniger gelockert und lassen sich weniger leicht auszupfen.

Da die Maschinenbauer mit Oel und Fett getränkte Lederschichten zwischen einzelne Röhrentheile einzuschalten pflegen, glaubten wir die Verhärtung der thierischen Häute beschränken und die befürchtete Umwandlung in Leim durch Nachahmung jenes Verfahrens verhüten zu können. Zu diesem Zwecke hatten wir die Lederseite des Pelzes zuvor mit fettigen Stoffen, das hier vorliegende Stück z. B. mit Vaseline eingerieben und dann wie früher dem Dampfe von 100° C. ausgesetzt. Es zeigten sich keine Verleimung, wohl aber die oben angegebenen Veränderungen.

Sprachen schon die bisher gemachten Erfahrungen nicht zu Gunsten hoher Temperaturen bei Behandlung von Pelzwerk, so war von dessen stundenlangem Kochen in Wasser noch weniger zu erwarten; dennoch unterwarfen wir der Curiosität wegen ein Pelzstück diesem Versuche, das klägliche Resultat liegt uns hier vor, das Haar ist kurz, struppig und filzig geworden, die Haut hat ihrem Controllestück gegenüber $^1/_3$ ihres Umfanges verloren und reisst, so lange sie noch nicht ganz eingedörrt, wie Papier.

Ein kurzer Rückblick auf die geschilderten Versuche zeigt Folgendes:

1) Zufällig in Kleidern eingeschlossene Zündhölzchen brennen im Wasserdampfe kurz ab, ohne das Feuer der Umhüllung mitzutheilen.

2. Lein, baumwollene und wollene Stoffe, eben so Rosshaare vertragen feuchte hohe Erhitzung ohne in Farbe und Textur wesentlich verändert zu werden.

3) Pelzwerk und Leder vertragen weder trockene noch feuchte Erhitzung.

Das Letzte müssen wir um so mehr bedauern, als aus den neuen Arbeiten der HH. R. Koch, Gaffky und Wolffhuegel in Berlin hervorgeht, dass heisse Dämpfe von 120 und selbst 100° sicherer desinficiren als trockene Luft, selbst wenn diese auf höhere Grade gebracht worden ist. Auch dringen, nach Angabe derselben Beobachter, heisse Dämpfe tiefer ein in nicht zu grosse und nicht zu fest geschnürte Bündel und vernichten im Laufe einer Stunde alles Leben, alle Keimkraft selbst der widerspenstigsten Dauersporen. Trotz aller dieser Vorzüge sind sie für Desinfection von Pelzwerk nicht zu verwerthen, dieses aber verlangt, als äusserst günstige Brutstätte für Infectionskeime, die sorgfältigste Reinigung, zumal in russischen Verhältnissen wo jeder Arbeiter seinen Pelz besitzt, in ihm arbeitet, in ihm ruht und gerade in Krankheiten ihn nie ablegt. Wir mussten zur Desinfection auf kaltem Wege, zu den bisher nicht berücksichtigten Chemikalien zurückgreifen.

Bevor wir die grosse Zahl derselben durchmustern, müssen wir zweier physikalischer Methoden gedenken. Dass forcirte Durchlüftung und Entziehung des Wassergehalts fäulnisswidrig wirken ist bekannt und mag gewissen Zwecken entsprechen, unsern Anforderungen genügen sie nicht und der Behauptung Jessen's und Solotowsky's, dass inficirte thierische Häute bei 50° C. in 4 Tagen ihre Infectiosität verlieren, muss ich auf eigene Erfahrung gestützt entgegentreten. Nach Naegeli sind Contagienpilze 1 Tag im Wasser gelegen, nicht mehr lebensfähig, R. Koch fand das Gegentheil. Niemand bestreitet, dass alles organische Leben nur bei einem gewissen Wassergehalt bestehen kann, über das nöthige Plus und Minus herrschen verschiedene Ansichten. Mehr war auf einige der chemischen, antiseptischen Mittel zu bauen, es galt nur dasjenige zu wählen, welches wirksam, leicht anwendbar und weniger kostspielig ist.

Beginnen wir mit den concentrirten Mineralsäuren; sie haben früher einigen Anklang gefunden, fielen aber gänzlich mit der Entdeckung des Chlors, das lange Zeit als souveraines Mittel galt, und dennoch in wenig verdiente Ver-

gessenheit gerieth. Unter den Metallen nennen wir besonders Sublimat und Arsen; wohl tödteten sie in den Culturversuchen alle Bakterien, selbst ihre Dauersporen, für unseren Zweck aber sind sie nicht zu verwerthen. Ihnen zunächst stehen, nach R. Koch und Wolffhuegel, Brom, Chlor, Thymol, Ol. terebinthinae und andere ätherische Oele; schliesslich folgen Kali hypermanganicum, Chlorzink, Salicyl- und Benzoesäure, Aetzkalk und Andere, die theils weniger leisten, theils des Kostenpreises und anderer Umstände wegen nicht anwendbar sind. Mehrere der genannten Mittel vernichten zwar sporenlose Mikroorganismen, sind aber gegen Sporen und Dauersporen wirkungslos. So bleiben uns nur 2 Chemikalien: die Carbol- und die schweflige Säure; beide beanspruchen als Desinfectionsmittel in der Praxis eine grössere Rolle.

Die antiseptische Wirkung der Carbolsäure und der durch sie bewirkte Aufschwung der neueren Chirurgie sind Thatsachen; im Widerspruche damit erhellt aus Koch's neuesten Arbeiten, dass die gewöhnlichen zum Spray und Verbande verwendeten Carbolsäurelösungen, bei 15—20° C. gegen Mikroorganismen ganz wirkungslos sind, und die letzteren selbst bei 75° C. durch dergleichen Lösungen nicht vollständig vernichtet werden. Dagegen glaubt er auf Erfolg rechnen zu können, wenn Carbolsäuredämpfe durch feuchte, hohe Hitze unterstützt werden. Denselben Ansichten werden wir nochmals bei anderen Autoren begegnen.

Die schweflige Säure gehört zu den ältesten und mächtigsten Desinfectionsmitteln; von einigen Beobachtern wird sie auch heute hoch, von anderen weniger geschätzt. Unter den ersten finden wir Muehlhausen, Pettenkofer, Hoppe-Seyler und Andere, mit gewisser Einschränkung auch Koch, russische Aerzte haben sie vielfach und mit Erfolg im russisch-türkischen Kriege benutzt. Unter den Gegnern finden wir Fleck, der ihr jede Wirkung abspricht und Fluegge, der ihren Nutzen gegen Sporen bildende Bakterien bezweifelt, jedenfalls 6 Stunden dauernde concentrirte Anwendung (15 Gr. auf 1 CM. Luft) verlangt. Koch sagt: sporenlose Mikroorganismen, selbst der Anthraxbacillus gehen bei Anwendung der Säure in wenigen Minuten zu Grunde, hartnäckiger sind seine Dauersporen und ihre hypothetische Hülle, erst wenn diese durch Wasserdampf zuvor gequollen und der Säure zugängig gemacht ist, glaubt Koch auf Erfolg rechnen zu können.

Nach unseren Ansichten bestehen die guten Eigenschaften der schwefligen Säure in ihrer Diffusibilität und Flüchtigkeit, in Folge welcher sie alle porösen Körper durchdringt, besonders wenn diese zuvor angefeuchtet waren (nimmt doch 1 Vol. Wasser 50 Vol. Säure auf). Nachtheilig wirkt sie insofern als sie alle Farben bleicht, Metalle schwärzt und beim Zutritt von Luft und Wasser zu Schwefelsäure wird. Auf den letzten Vorgang haben neuerdings Stimmen aus Kijew und Charkow hingewiesen, er soll vorzugsweise in den Falten der geschwefelten Gegensände auftreten und hier einen solchen Grad erreichen, dass Leder und Pelze brüchig und rissig werden. Wir haben nur mit kleineren Stücken experimentirt, daher diesen Vorgang nicht beobachtet, überhaupt haben die von uns 1 Stunde mit schwefliger Säure behandelten Gegenstände nicht wesentlich gelitten, vertrugen sie jedenfalls besser als trockene oder feuchte Erhitzung.

Schliesslich muss ich noch auf einige Vorschläge hinweisen, obgleich unsere Verhältnisse sie zu berücksichtigen nicht gestatten. Hornemann empfiehlt zur sicheren Vernichtung aller Bakterien eine vorläufige längere Erhitzung auf 100° C., der er nach einer Pause von 48 Stunden eine zweite Erhitzung folgen lässt; er glaubt auf diesem Wege Anfangs die Sporenbildung zu begünstigen, später aber sie trotz ihrer grösseren Widerspenstigkeit sicherer zu bekämpfen. Wahrscheinlich von derselben Anschauung ausgehend, empfiehlt Syndall, eine mässige, in angemessenen Pausen wiederholte Erhitzung; er hofft dadurch seinen Zweck sicherer zu erreichen, als durch eine langdauernde starke, aber nur einmalige Erhitzung. Beide, auf die Wirksamkeit trockener Hitze bauenden Vorschläge, widerlegt Koch in seinen neuesten Arbeiten. Grosse Beachtung verdient Than-Fodor's Vorschlag, erhitzten Wasserdampf in Verbindung mit Carbolsäure anzuwenden. Mit Koch übereinstimmend betrachtet er die letzte als ein kräftiges, jede Desinfection unterstützendes Adjuvans.

Als Resultat aller bisher besprochenen Mittheilungen und dem gegenwärtigen Standpunkte unserer Aufgabe entsprechend, verlange ich für die Desinfection von Krankenkleidern und Hospitalutensilien einen Apparat, bestehend aus:

a) 3 Cylindern von Eisen, zur Aufnahme der zu reinigenden, locker gelagerten Gegenstände.

b) Einen Dampfkessel, der unter einem Drucke von 3 bis 4 Atmosphären die nöthige Quantität Wasserdampfes von 125—140° C. zu liefern hat. Der letzte tritt nicht in den Mantel des Cylinders, sondern als strömender Dampf unmittelbar in das Innere desselben ein.

c) Zwei gesonderte Räume zur Vorbereitung der inficirten und Entfernung der desinficirten Gegenstände.

d) Eine mit Gyps oder Asphalt ausgekleidete Kammer zu Schwefelräucherungen.

Die Dimensionen und Anordnung der einzelnen Theile des Apparates sind jetzt festgestellt, der Plan gezeichnet, die Ausführung hat ein Techniker in Verbindung mit unserem Hospitalarchitekt übernommen; der Zeitpunkt, wenn sie in's Leben treten kann, hängt von anderen, noch nicht geregelten Umständen ab.

Den 4. October 1881.

Ueber den Gesundheitszustand unserer Truppen und ihre Verluste im Feldzuge 1877/78.

Auf Grundlage officieller Berichte, eigener Aufzeichnungen und verschiedener Mittheilungen in Zahlen dargestellt
von

Köcher. — St. Petersburg.

(Schluss).

Im Jahre 1878 war die Donauarmee durch Nachschübe soweit verstärkt, dass ihre mittlere Durchschnittsstärke mit 464,526 Mann berechnet wird. Obgleich sie in diesem Bestande eigentlich nur bis höchstens zur zweiten Hälfte des August-Monat gezählt werden kann, wo der grössere Theil der Truppen in die Heimath zurückkehrte und die Occupation begann, so tragen die bisher vorhandenen Berichte diesem Umstande keine Rechnung, sondern nehmen denselben Bestand für das ganze Berichtsjahr an. Für eine selbständige Abgrenzung der verschiedenen Gruppen fehlen sichere Anhaltspuncte, woher wir, wohl oder übel, den Berichten folgend, ebenfalls für das ganze Jahr 1878 berichten müssen. Man darf dabei jedoch nicht übersehen, dass wenn Erkrankungen und Sterbefälle statistisch auf die *Zeit* berechnet werden sollen, die Resultate sich um ein volles Drittheil ungünstiger gestalten würden, denn das Berichtsjahr für dieses Truppenquantum besteht eigentlich nur aus 8 Monaten. Da bezüglich der Kaukasusarmee stets von den Truppen des ganzen Militärbezirks die Rede ist, so bezieht sich das eben Gesagte nur auf die Donauarmee.

Die Zahl der im Jahre 1878 in den Armeen behandelten ambulatorischen Kranken bin ich nicht im Stande anzugeben.

Die Armee von 464,526 Mann zählte bei Beginn des Jahres 1878 und in allen ihren verschiedenen Sanitätsanstalten:

a) zum 1. Januar in Behandlung verblieben . .	27,502 Kranke
b) im Laufe des Jahres kamen Kranke hinzu . .	625,403 »
Zusammen:	652,905 Kranke
Von diesen genasen	495,737 Mann
starben	

wurden evacuirt . . . . 118,868 Mann
verblieben in Behandlung z. 1. J. 1879 9,862 »

Zusammen 652,905 Mann
(*Ohne* ambulator. beh. Kranke).

Die Zahl der an Krankheiten und Verwundungen Gestorbenen beträgt demnach . . . . 28,438 Mann
Es lässt sich indess ermitteln, dass von den 118,868 Mann evacuirter Kranken in Russland starben fernere . . . . 6,335 »

Also starben an Krankheiten und Verwundungen zusammen: 34,773 Mann

Danach stellt sich folgendes heraus: auf 1000 Mann der mittleren Frontestärke *erkrankten* 1343,3 Mann und auf 1000 Mann der mittleren Frontestärke *starben* 75,7 Mann bei der Donauarmee im Jahre 1878.

Die meisten Erkrankungen geben nach den Berichten im Jahre 1878 bei der Donauarmee folgende Krankheiten:

Wechselfieber . . . . mit 71,259 Fällen
Flecktyphus . . . . » 25,802 »
Recurrens . . . . » 24,965 »
Abdominaltyphus . . . . » 21,052 »
Leichte Typhen . . . . » 20,287 »
(92,106 Typhen.)
Dysenterie . . . . » 17,959 »
Entzündung d. Verdauungsorgane . . . . » 8,071 »
» d. Athmungsorgane . . . . . » 7,449 »
Verwundungen . . . . » 6,784 »
Syphilis . . . . » 6,353 »
Rheumat. Erkrank. d. Gelenke, Knochen u. Muskeln . . . . » 4,937 »
Scorbut . . . . » 1,651 »
Erfrierungen . . . . » 264 »

In nachstehender Tabelle sind die eingegangenen Berichte über 235,401 Krankheitsfälle aus dem Jahre 1878 übersichtlich zusammengestellt. — Die Verhältnisszahlen beziehen sich auf die mittlere Durchschnittsstärke der Donauarmee für das Jahr 1878, also auf 464,526 Mann.

Benennung der Krankheit.	Ueberhaupt			Auf 1000 Mann der mittleren Durchschnittstärke.		Auf 100 Behandee starben
	Erkrankt	Genasen	Starben	Erkrankt	Starben.	
Schussverletzungen*	6519	9892	799	14.03	1.72	7.40
Verletzungen durch blanke Waffen	265	286	25	0.56	0.05	8.03
Verletzungen in Folge anderer Ursachen	1243	1312	86	2.67	0.18	6.15
Verbrennungen	199	202	16	0.42	0.03	7.34
Sonnenstich	11	7	4	0.02	0.008	36.30
Erfrierungen*	264	2482	815	0.57	1.75	24.71
Wechselfieber	71259	70283	1092	153.40	2.35	1.53
Dysenterie	17959	13940	4769	38.65	10.26	25.49
Abdominaltyphus	21052	16418	4978	45.31	10.71	23.31
Exanthematischer Typhus	25802	18666	7600	55.54	16.36	28.90
Recurrens	24965	20825	3366	53.74	7.24	13.91
Leichte typhöse Erkrank.??	20207	19669	974	43.67	2.09	4.71
Cholera	5	5	—	0.008	—	—
Pocken	112	81	30	0.24	0.06	27.02
Sibirische Pest	13	7	5	0.027	0.01	41.66
Rotz	1	—	1	0.002	0.002	100.—
Venerische Krankheiten	6353	6830	19	13.66	0.04	0.28
Infectiöse Conjunctivalblennorrhoe	328	325	3	0.70	0.006	0.88
? Sonstige infect. Erkrank.	766	731	102	1.64	0.21	12.26
Vergiftungen	64	57	8	0.13	0.017	12.30
Scorbut	1651	1493	161	3.55	0.34	9.78
Allgemeine Schwäche	2209	2170	48	4.75	0.01	2.16
Versch. Formen von Ernährungsstörungen	2500	2270	184	5.38	0.39	7.50
Acute Erkrankung:						
der Verdauungsorgane	8071	8682	694	17.37	1.49	7.17
der Athmungsorgane	7449	7834	946	16.03	2.03	10.90
d. Gehirns u. Rückenmarks	154	91	79	0.33	0.17	46.47
Rheumat. Erkrank. d. Gelenke, Knochen u. Muskeln	4973	5651	84	10.62	0.18	1.46
Erkrank. sonstiger innerer Organe	1358	1313	143	2.92	0.30	9.85
Acute äussere Erkrank.	3865	4098	59	7.31	0.11	1.42
Conjunctivitis catarrhalis	1486	1441	23	3.19	0.049	1.57
Phthisis pulmon	396	112	312	0.85	0.67	73.58
Chron. Erkrank. innerer Organe	2305	1482	1024	4.96	2.20	40.84
Chron. äussere Krankheiten	1279	1312	60	2.75	0.12	4.37
Psychosen	53	42	5	0.11	0.01	10.64
Zur Beobacht. aufgenommen	129	120	9	0.26	0.008	3.22
Nicht diagnost. Krankh.	59	56	3	—	0.006	5.08
	235401	—	—	—	—	—

Zu dieser Tabelle muss ich Folgendes bemerken: Ich habe die einzelnen Zahlen aus den Berichten genau abgeschrieben, gebe sie also ebenso wie ich sie fand. Dasselbe gilt für die Diagnosen. Dass mehrfach die Zahl der Genesenen und Gestorbenen die Zahl der Erkrankten bedeutend überwiegt (über welche Ungenauigkeit schon Herzenstein in seiner Arbeit schwer klagt) hängt so zusammen, dass die Berichte einfach die Zahl der im Jahre 1878 an einer beliebigen Krankheit Verstorbenen registriren, ohne anzugeben, dass z. B. das Gros dieser Verstorbenen noch im vorigen Jahre aufgenommen und im vorigjährigen Bericht vermerkt worden. Besonders auffällig sind diese Differenzen in vorstehender Tabelle bei den Schussverletzungen und Erfrierungen, welche ich desshalb auch mit * bezeichnet habe. Da die Erfrierungen ein hervorragendes Interesse haben, so möchte ich einen richtigen Gesammteindruck bezüglich derselben durch nachstehende Zahlen ermöglichen. Bei der Donauarmee finden sich aus dem Jahre

1877 im Ganzen vermerkt 10,654 Erfrierungen und im Jahre
1878 » » » 264 »

also überhaupt 10,818 Erfrierungen.

Andererseits sind Todesfälle an Erfrierungen vermerkt im Jahre
1877 408 und im Jahre
1878 815

Zusammen also 1223 Todesfälle an Erfrierungen. — Mithin würde sich die Sache folgendermaassen stellen: Von 10,818 Erfrierungen genasen 9,595 und starben 1,223, oder 11,27 Prozeent.

Da diese Fälle allesammt auf den November und December 1877 resp. Januar und kleinen Theils Februar 1878 kommen, also auf eine Zeit, wo die Donauarmee, unabhängig von dem inzwischen eingetretenen neuen Jahre, noch nicht durch Nachschub verstärkt war, so beziehen sie sich de facto eigentlich alle auf den Durchschnittsbestand der Armee im Jahre 1877, also auf 379,205 Mann, was auf 1000 Mann ergiebt: 28,62 Erfrierungen.

Als dienstuntauglich wurden im Jahre 1878 bei der Donauarmee entlassen: I. Kategorie 0 Mann
II. » 8,378 »
III. » 2,675 »

Im Ganzen 11,053 Mann, das ergiebt auf 1000 Mann der mittleren Durchschnittstärke 23,79 Mann Dienstuntaugliche. Zieht man von den 8,378 Mann II. Kategorie 20 % oder 1,675 Mann ab, weil diese eventuell noch späterhin für den Dienst bedingungsweise brauchbar sein können, so bleiben 6,903 Mann II. Kategorie und
2,675 » III. »

Zusammmen 9,578 Mann absolut Dienstuntauglicher oder auf 1000 Mann der mittleren Durchschnittstärke 20,30 Mann *absolut* Dienstuntaugliche.

Da die militärische Action im Jahre 1878 zumeist im raschen Vordringen unserer Truppen bis Adrianopol, bezw. San-Stefano, gegen einen stets zurückweichenden Feind bestand, wobei nur unbedeutende Plänkeleien und Gefechte stattfanden, so war natürlich auch die Zahl der Gefallenen höchst unbedeutend. Die vorhandenen Berichte erwähnen derselben gar nicht und desshalb lasse ich die im Jahre 1878 vor dem Feinde Gefallenen ebenfalls gänzlich bei Seite, denn ihre Zahl war in jedem Falle äusserst gering und dürfte nach meinen diesfallsigen Informationen die Höhe von 100—150 Mann nicht überschreiten.

Abgesehen also von der geringfügigen Einbusse an Gefallenen, würde der absolute Verlust der Donauarmee für das Jahr 1878 sich zusammensetzen:

a) aus den in Folge von Verwundungen und Krankheiten verstorbenen . . . . 34,773 Mann
b) aus den absolut Dientsuntauglichen, in der Höhe von . . . . 9,578 »

also absoluter Verlust im Ganzen 44,351 Mann, oder auf 1000 Mann der mittleren Durchschnittsstärke 95,4 Mann absoluter Verlust.

Die Kaukasusarmee wird für das Jahr 1878 mit 272,200 Mann angegeben. Diese Armee zählte zu Beginn des Jahres in all' ihren verschiedenen Sanitätsanstalten:

a) Zum 1. Januar in Behandlung befindlich . . 26,948 Kranke
b) Im Laufe des Jahres kamen Kranke hinzu . 433,944 »

Zusammen 460,892 Kranke

Von diesen genasen . . . . 428,348 Mann
starben . . . . 23,364 »
verblieben in Behandlung z. 1. J. 1879 9,180 »

Zusammen 460,892 Mann
(*Ohne* ambulator. behandelte Kranke).

Danach ergiebt sich Folgendes: auf 1000 Mann der mittleren Frontestärke erkrankten 1693,3 Mann und auf 1000 Mann der mittleren Frontestärke starben 85,8 Mann bei der Kaukasusarmee im Jahre 1878.

Die grösste Zahl von Erkrankungen erfolgte in diesem Jahre an folgenden Krankheiten:

Wechselfieber . . . . mit 67,504 Fällen
Flecktyphus . . . . » 10,854 »
Recurrens . . . . » 12,770 »
Abdominaltyphus . . . . » 4,469 »
Leichte Typhen . . . . » 8,951 »
(37,044 Typhen.)
Dysenterie . . . . » 1,591 »
Entzünd. der Verdauungsorgane . . . . » 11,415 »
Entzündung der Athmungsorgane . . . . » 11,885 »

Verwundungen . . . . mit 1,189 Fällen
Venerische Krankheiten . . . . » 5,973 »
Rheumat. Erkrank. d. Gelenke, Knochen und
Muskeln . . . . » 11,168 »
Scorbut . . . . » 2,851 »
Erfrierungen . . . . » 1,175 »

In folgender Tabelle sind die eingegangenen Berichte über 182,277 Krankheitsfälle aus dem Jahre 1878 übersichtlich zusammengestellt. Die Verhältnisszahlen beziehen sich auf die mittlere Durchschnittsstärke der Kaukasusarmee für das Jahr 1878, also auf 272,200 Mann.

Benennung der Krankheit.	Ueberhaupt			Auf 1000 Mann der mittleren Durchschnittsstärke	
	Erkrankt	Genasen	Starben	Erkrankt	Starben
Schussverletzungen	839	2527	240	3.08	0.88
Verletz. durch blanke Waffen . . .	350	285	10	1.28	0.03
» in Folge anderer Ursachen	1465	1525	28	5.38	0.10
Verbrennungen	205	225	2	0.75	0.007
Sonnenstich	9	5	4	0.03	0.014
Erfrierungen	1175	1096	300	4.31	1.10
Wechselfieber	67504	69276	1342	247.99	4.92
Dysenterie	1591	1317	516	5.81	1.90
Abdominaltyphus	4469	2816	1954	16.41	7.17
Exanthematischer Typhus	10854	6764	4471	39.80	16.42
Recurrens	12770	9956	3918	46.91	14.39
Leichte typhöse Erkrankungen ??	8591	8182	1302	—	—
Pocken	99	77	22	0.36	0.08
Sibirische Pest . . . . } Rotz . . . . }	32	27	5	0.12	0.018
Venerische Krankheiten	5973	6397	34	21.93	0.12
Infectiöse Conjunctivalblennorrhoe	1701	1709	1	6.24	0.003
? Sonstige infect. Erkrankungen	1336	1271	113	4.90	0.41
Vergiftungen	21	18	6	0.07	0.02
Scorbut	2851	2630	255	10.47	0.93
Allgemeine Schwäche	810	830	19	2.97	0.07
Versch. Formen v. Ernährungsstör.	2251	1997	412	8.26	1.50
Acute Erkrankung:					
der Verdauungsorgane	11415	10443	1441	41.93	5.29
der Athmungsorgane	11895	11320	1369	43.65	5.02
des Gehirns und Rückenmarks .	189	89	95	0.69	0.34
Rheumatismus der Gelenke, Knochen und Muskeln	11168	11964	71	41.02	0.26
Erkrank. sonstiger innerer Organe	866	842	91	3.18	0.33
Acute äussere Erkrankungen	7017	6847	111	25 77	0.40
Conjunctivitis catarrhalis	1946	2000	—	7.14	—
Phthisis pulmon	387	219	233	1.42	0.85
Chron. Erkrankung inner. Organe	5822	5285	1275	21.38	4.68
Chron. äussere Krankheiten	3093	3305	208	11.36	0.76
Psychosen	113	89	9	0.41	0.03
Zur Beobachtung aufgenommen . .	489	481	—	1.79	—
Nicht diagnosticirte Krankheiten.	131	125	7	0.48	0.02
	182277	—	—	—	—

Was ich zur vorigen Tabelle bemerkte, gilt ebenso für diese, in welcher dieselben Ungenauigkeiten vorkommen und für welche ich ebensowenig die Verantwortung übernehme.

Gehen wir sodann zu den Dienstuntauglichen der Kaukasusarmee über, so finden wir, dass unbrauchbar erklärt wurden:

I. Kategorie . . . . . 263 Mann,
II. » . . . . . 4,766 »
III. » . . . . . 4,221 »

Im Ganzen . 9,250 Mann, das ergiebt **auf 1000 Mann der mittleren Durchschnittsstärke 33,9 Mann Dienstuntaugliche.** Zieht man von den 9,250 Mann die ganze I. Kategorie, also 263 Mann, und von der II. Kategorie 20%, oder 953 Mann, im Ganzen also 1,216 Mann ab, welche noch nicht absolut für den Dienst verloren sind, so bleiben uns 8,034 Mann absolut Dienstuntauglicher, oder: **auf 1000 Mann der mittleren Durchschnittsstärke 29,5 Mann** *absolut Dienstuntauglicher*.

Dieselben Gründe, welche bei der Donauarmee gegen eine erhebliche Anzahl vor dem Feinde Gefallener vorhanden waren, gelten auch hier. Der absolute Verlust der Kaukasusarmee für das Jahr 1878 besteht demnach:

a) aus d. in Folge v. Verwundung u. Krankheit gest. 23,364 Mann,
b) » » absolut Dienstuntauglich. in der Höhe von 8,034 »

also absoluter Verlust im Ganzen: 31,398 Mann, **oder auf 1000 Mann der mittleren Durchschnittsstärke 115,2 Mann absoluter Verlust.**

Für beide Armeen im Jahre 1878, d. h. also für die
Donauarmee von . . . . 464,526 Mann und
Kaukasusarmee von . . . . . . 272,200 »

also auf zusammen . . 736,726 Mann, beträgt demnach der absolute Verlust in diesem Jahre
a) bei der Donauarmee . . . . . . 44,351 Mann und
b) bei der Kaukasusarmee . . . . . 31,398 »

im Ganzen . 75,749 Mann, oder **auf 1000 Mann der mittleren Durchschnittsstärke 102,98 Mann absoluter Verlust.**

Stellen wir demnächst die bisher erhaltenen Zahlen auf die ganze vorhanden gewesene Truppenmenge und die ganze Dauer des Krieges zusammen, so erhalten wir folgende Resultate:

Beide Armeen zählten im Jahre 1877 zusammen (379,209 + 272,839) = 652,048 Mann,
In beiden Armeen zusammen betrug d. absolute Verlust in diesem Jahre in runder Summe ausgedrückt 73,000 Mann,
Evacuirt, also positiv aus dem Bestande der Armee ausgeschieden wurden ferner in runder Summe . . . . 124,000 »
Dadurch wurden beide Armeen verringert um zus. . 197,000 »
Als Bestand verblieben demnach in beiden Armeen 445,048 Mann.

Um diese bis zur Stärke von 736,726 Mann zu completiren, mit welcher Truppenzahl die beiden Armeen (464,526 + 272,200 Mann) für das Jahr 1878 angegeben werden, ist ein Nachschub von 281,678 erforderlich. Demzufolge würde die ganze Anzahl der in beiden Jahren in's Feld gesandten Truppen betragen:

652,048 Mann d. J. 1877, plus d. Nachschubes von
281,678 » im J. 1878.

Zus. würden also 933,726 Mann überhaupt die Gesammtmenge der Truppen darstellen, welche während des Krieges zur Verwendung gekommen, auf welche sich demnach auch die Zahl der Kranken und die Höhe der Verluste beziehen.

Auf diese 933,726 Mann kommen für die ganze Kriegsdauer: 1,826,898 Mann — Kranke und Verwundete, das heisst: **auf 1000 Mann der Truppenstärke 1956,5 Kranke und Verwundete** *ohne Einschluss* der bei den Truppen *ambulatorisch behandelten Kranken.*

Nehmen wir sodann auf Grundlage der oben detaillirten Angaben den absoluten Verlust der Truppen an:

im Jahre 1877 mit rund 73,000 Mann
» » 1878 » » 76,000 »

so erhalten wir einen absolut. Verlust von im Ganzen 149,000 Mann auf die Armee von 933,726 Mann, oder: **auf 1000 Mann der Truppenstärke 159,5 Mann absoluter Verlust.**

Das wären annähernd die **Minimalverluste** des letzten Krieges. Die Specialcommission für Abfassung des Sanitäts-Berichtes über den Feldzug wird natürlich in der Lage sein, viele Berichte, welche bisher nicht eingegangen waren, zu benutzen und überhaupt eingehendere Erhebungen anzustellen, daraufhin aber auch erhöhte Resultatszahlen geben.

Ein Vergleich dieser Verluste mit denjenigen unserer Truppen während des **Krimkrieges**, ergiebt für letzteren einen annähernden Minimalverlust von nicht voll 137,000 Mann. Wegen Lückenhaftigkeit der Berichte und sonstiger Hindernisse konnten die Verluste nach jenem Kriege nicht in ihrem ganzen Umfange bestimmt werden. **N. Stefanowski** und **N. Sokolow** in ihrer Uebersicht über den Sanitätszustand der Krim-Armee und Generaladjutant Graf **Totleben** in seinem bekannten Werke über die Vertheidigung Sewastopols geben noch die detaillirtesten Auskünfte. Nach denselben fielen im Krimkriege:

vor dem Feinde . . . . 24,577 Mann
wurden vermisst . . . . 7,430 »
starben in Folge von Verwundungen . . 15,971 »
» » » verschied. Krankheiten . 88,755 »
Zusammen: 136,733 Mann Verlust.

Die Gesammtverluste der deutschen Truppen während des Krieges 1870/71 sind dagegen detaillirt bekannt. Die Statistik der Verwundungen und Tödtungen etc. im Kriege 1870/71 von **G. Fischer** — Berlin 1876, das inzwischen erschienene letzte Heft des grossen deutschen Generalstabs-Werkes (Heft XX) und die Zeitschrift des Kgl. Preuss. Statist. Bureau, 1872, geben über dieselben ausführliche Nachrichten.

Die Gesammtstärke der deutschen Truppen, welche am Kriege Theil genommen, d. h. die französische Grenze überschritten haben, betrug: 1,146,355 **Mann** (incl. der Officiere, Aerzte und Beamten). Der Gesammtverlust auf diese Truppenzahl beträgt: 53,479 **Mann.**

Von diesen sind vor dem Feinde gefallen . . . . . 17,572 Mann.
wurden vermisst . . . . 12,736 »
starben in Folge von Verwundungen und Einwirkung sonstiger äusserer Gewalt . . . . 11,024 »
starben in Folge acuter innerer Krankheiten . . . 10,319 »
» » » chron. » » . . . 767 »
» plötzlich . . . . 93 »
» aus unbekannten Ursachen . . . . 553 »
» an anderen Zufällen . . . . 415 »
Zusammen: 53,479 Mann.

Der absolute Gesammtverlust von 53,479 Mann auf die Armee von 1,146,355 Mann **ergiebt auf 1000 Mann der Truppenstärke 46,6 Mann absoluter Verlust.**

Die Gegenüberstellung der entsprechenden Zahlen aus dem deutsch-französischen und unserem Türkenkriege ergiebt Folgendes:

	Die russische Armee: Mann	Die deutsche Armee: Mann
hatte überhaupt Truppen im Felde	933,726	1,146,355
» auf d. Truppen Gesammtverl.	149,000	53,479
hatte auf 1000 M. d. Frontestärke Gesammtverlust	159,5	46,6
hatte auf d. Gesammtm. d. Truppen		

Kr. in rund. Zahl 1.827,000 M.		
hatte Kranke unter den Kriegsgefangenen . . . 52.814 M.		Verwundete und Kranke einschl. d. Kriegsgef. etwa
hatte also im Ganz. Kr. u. Verw.	1,879,814	1,107,665 [1]
» in runder Summe Verwund.	90,000	88,000 (88,113)

Von den 88,113 Verwundeten der Deutschen starben 10,710 Mann an den Folgen ihrer Verletzungen. Die Zahl der Vermissten — 12,736 Mann — vom Gesammtverlust ausgeschlossen, beträgt die Zahl der Todesfälle während des Krieges bei der deutschen Armee 40,743 und sind von diesen 70,03% an den Einwirkungen äusserer Gewalt, 25.45% an acuten inneren Krankheiten zu Grunde gegangen. Der Rest vertheilt sich auf chronische Krankheiten, Zufälle etc.

Der Vergleich also zwischen unseren und den deutschen Resultaten fällt durchaus zu unseren Ungunsten aus. Flecktyphus hat die deutsche Armee überhaupt nicht bei sich aufkommen lassen, dagegen an Unterleibstyphus und Dysenterie, besonders in den Monaten September und October 1870, gelitten. 34% aller an Dysenterie und 27% aller an Abdominaltyphus Erkrankten sind der höchste Sterblichkeitssatz in diesen Monaten. Die Deutschen evacuirten 240,426 Mann per Eisenbahn aus Frankreich, von diesen 36,426 Mann in Sanitätszügen. In den Feldlazarethen der Armee wurden behandelt 295,644 Kranke und Verwundete.

Es bleibt noch übrig, einige Worte über die Kriegsgefangenen unserer Armee zu sagen. Im Ganzen werden 67,604 Mann türkischer Kriegsgefangenen angegeben, von welchen 52,829 Mann erkrankten (von dieser Zahl waren bereits bei der Uebernahme 1,576 Mann krank) und 11,679 Mann in Folge der Krankheiten starben.

Also auf 1000 Mann der Gesammtstärke erkrankten 781,4 Mann.
» 1000 » » » starben 172,6 »

	Auf je 1000 aller Kranken befielen:	Auf je 1000 an jeder Krankheit befallenen starben:
An Typhen und typhösen Fiebern . . .	34.7%	30.1%
» acut. Catarrhen d. Verdauungsorgane	11.7%	13.6%
» Wechselfieber	10.8%	2.3%
» Rheumatismus	6.3%	2.3%
» Entzündung der Athmungsorgane .	5.2%	42.8%
» Erfrierungen	2.1%	3.2%
» Verwundungen und Contusionen . .	0.5%	11.2%

Den Rest geben acute und chron. innere Erkrankungen, Conjunctivalblennorrhoeen, Syphilis etc.

Also auch bei den Türken ist die Morbilität eine hochgradige, erreicht aber, ungeachtet des Umstandes, dass sie, abgesehen von allen sonstigen Uebelständen, auch noch unter dem Drucke der Depression Besiegter leiden, nicht die Höhe wie bei uns. Ihr besseres Natural-Verpflegungsregime mag für ihre scheinbar grössere Resistenzfähigkeit gegen die schlimmen äusseren Einflüsse immerhin von Bedeutung gewesen sein.

Bei einer Rückschau auf die Gesammtergebnisse fallen uns ganz besonders zwei Thatsachen in die Augen. Diese sind: erstens die enorme Anzahl der Kranken überhaupt; zweitens die grosse Menge von Infectionskrankheiten, specialiter des Flecktyphus und der Wechselfieber. Dass bei einer Anhäufung von Heeresmassen auf relativ begränztem Raume, bei oft dadurch herbeigeführten, bisweilen schlechterdings unvermeidlichen, ungünstigen hygieinischen Bedingungen, Ueberanstrengungen der Mannschaften, zeitweisen Mängeln der Alimentation und bei ungünstigen klimatischen Einwirkungen noch jederzeit überhaupt Krankheiten entstanden sind, — ist allbekannt. Dieser Umstand an sich kann also auch nicht Gegenstand des Staunens oder besonderer Discussionen werden. — Anders aber liegt die Sache, wenn man danach fragt, *welche* Krankheiten und in welcher Ausdehnung in der Armee herrschten. — Sollen wir *diese* Fragen beantworten, so tritt uns die deprimirende Thatsache entgegen, dass wir es nicht nur mit einer alle Normen der Jetztzeit übersteigenden Anzahl Kranker zu thun hatten, sondern auch mit einer Kriegsseuche, welche die grössten Kriege der letzten Decennien — der amerikanische und deutsch-französische überhaupt nicht mehr aufweisen, — das ist der *Flecktyphus*!

Vor Erscheinen des Berichtes der Specialcommission über das Sanitätswesen während des Feldzuges, möchte ich persönlich nicht an eine *erschöpfende* Beurtheilung der Frage über den Flecktyphus gehen, obwohl das ja auch ohne den Bericht möglich wäre. Ich kann aber nicht umhin, schon an dieser Stelle auf das Factum der Flecktyphusepidemie und ihrer grossen Ausdehnung hinzuweisen, so wie hervorzuheben, dass dieser Frage bereits sehr berufene ausländische Federn näher getreten sind. — Vor allen ist es der Oberstabsarzt Michaelis, welcher dieses Thema in einem eben so gediegenen wie eingehenden Vortrage erörtert hat. [2] — Nach reiflicher Erwägung aller Umstände und gerechter Abschätzung aller Schwierigkeiten, welche der Armee- und Sanitäts-Oberleitung entgegenstanden, kommt Michaelis zu dem Schluss, dass uns schwerer Vorwurf für die Flecktyphus-Epidemie treffe und weist auch klar und erschöpfend nach warum. Er kommt unter anderem auch zu dem interessanten und treffenden Schluss, dass eine Armee, welche ein derartig organisirtes und geleitetes Sanitätswesen hat wie es das unsere im letzten Kriege war, schwerlich das Ziel ihrer Invasion überhaupt erreichen wird, sobald sie nicht im Stande ist, ihre Truppen durch mehrfache Nachschübe immer wieder zu ergänzen, das heisst, immer wieder neue Mannschaften ins Feld zu stellen, welche die durch Krankheiten aller Art dahingerafften ersetzen. — Solchen Hinweisen ganz unbetheiligter und unparteiischer Fachmänner gegenüber thäte man doch wirklich wohl daran, endlich an eine zweckentsprechende Reorganisation unseres Militär-Sanitätswesens zu gehen.

Es kann ja Niemand beifallen die Sanitätsverhältnisse von Armeen bei einem Kriege im Orient mit demselben Maasse messen zu wollen, wie diejenigen bei Kriegen in blühenden Culturstaaten. Die ungünstigen Einflüsse des Orients können aber auch andererseits wieder nicht als Entschuldigung für alles dienen, was nicht so war, wie es hätte sein sollen. — Desshalb bleiben auch für unsere sanitätlichen Misserfolge im letzten Feldzuge viele Ursachen bestehen, die wir bei besserer Einsicht und richtigerem Handeln zu rechter Zeit wohl hätten beseitigen können. Nach den glaubwürdigen Aussagen von Erismann [1] auf Seite 83 und 153 seines bekannten Buches und der trefflichen Arbeit von Grigori Iwanowitsch Archangelski, kann es wohl bereits längst keinem Zweifel mehr unterliegen, dass der Flecktyphus durchaus *nicht* von den Türken zu uns kam, sondern dass wir ihn mit der 35. Division aus dem Kiewschen Gouvernement selber nach Bulgarien importirten, woselbst er in Folge Zusammenfallens vieler günstiger Umstände und vielfacher sanitätlicher Unterlassungssünden zu seiner verheerenden Entwickelung und Ausdehnung gelangte. Sich gegen diese Einsicht verschliessen, hiesse eine Wiederholung dieser schrecklichen Epidemie in Zukunft ermöglichen. — Wechselfieber und Dysenterie anlangend, muss ich wieder auf die bereits mehrfach von mir erwähnte Instruction zur Bewahrung der Gesundheit der Truppen zurückkommen. [2] Selbst in Erwägung der autoritätslosen Stellung unserer Militärärzte gegenüber den Truppenkommandeuren, bleibt es unverständlich, dass dieses gediegene Elaborat von so geringem Einfluss bleiben konnte. — Es wird nur einigermaassen durch die Annahme erklärlich, dass dieser Instruction seitens der Sanitäts-Oberleitung selber nicht die entsprechende Würdigung geworden. An der Hand der Vorschriften der Instruction und in Erwägung des Umstandes, dass alle fieberhaften Zustände, sofern sie unter der Herrschaft von Intermittenten auftreten, mit katarrhalischen Affectionen der Darmschleimhaut verbunden sind, hätte sonst dem Umsichgreifen der Dysenterie höchst wahrscheinlich mit Erfolg vorgebeugt werden können, zumal bis zum Fall von Plewna, wo die Truppen alle auf ihren Positionen fast 6 Monate hindurch fest standen und die rückwärtige Zufuhr für die Armee eine relativ regelmässige war, also alimentäre Schädlichkeiten grossentheils hätte verhindern können. — Ebenso hätte Vermeidung halber Maassregeln gegen die Intermittens, (unter anderem auch die fortgesetzte Darreichung viel zu *geringer* Dosen Chinin) und Anwendung energischer Medication in Verein mit ebensolchen sanitären Maassregeln der Armee einen grossen Theil der an Malaria-Cachexie in den höchsten Graden hinsiechenden Kranken ersparen können. Damit wären aber die Hauptcontingente aller Kranken der Armee zum Theil sehr erheblich eingeschränkt, anderntheils aber (quo ad Typh. exanthem.) vielleicht ganz vermieden worden. Gegenüber dem Umstande, dass officielle Zahlen (siehe oben) über 40,000 Fälle von Typh. exanthem. angeben, welche Zahl indess jeden Falls um 25—30,000 zu niedrig sein dürfte — da der grösste Theil der sogenannt. «leichten Typhen» und Recurrenten (siehe Erismann Seite 153/54) voraussichtlich nur euphemistisch in diesen Rubriken figurirt, — mag dieser Ausspruch vielleicht befremden. Ich meine aber, dass bei sachgemässer und gewiegter ärztlicher Controlle der Flecktyphus gar nicht hätte nach Bulgarien eingeschleppt werden dürfen. — Gewiegte therapeutische Grundsätze und eingehende Bekanntschaft mit den Kriegsseuchen lassen sich wohl in reichem Maasse in der bewussten Instruction, aber nur spärlich in der Action der Sanitätsoberleitung der activen Armee erkennen; dies gilt ebensowohl bezüglich der Prophylaxe als auch den Epidemieen selber gegenüber. — Bis zu ihrem Zuge über die Balkane (Ende 1877), hat sich unsere Armee fast ausschliesslich unter den Bedingungen befunden, welche für Belagerungsarmeen noch stets bestanden und aus den Belagerungen früherer Zeiten auch bekannt sind. Sie hätten nur rechtzeitig mehr gewürdigt werden müssen. — Es liegt natürlich sehr nahe sich zu fragen, warum eigentlich die classischen Arbeiten Virchows über Kriegstyphus und Ruhr, die colossalen amerikanischen Erfahrungen über diese Krankheiten (im Circular № 6, Woodward), [3] die Angaben Guilhaumon's [4] und, wenn wir noch weiter zurückgehen wollen, Ambroise Paré's, ja selbst von Hippokrates (in der Schrift über Luft, Wasser und Gegenden), — warum alle die Arbeiten dieser und vieler anderer Autoren eigentlich geschrieben und veröffentlicht werden, wenn sie schliesslich von den zur Leitung eines Militär-Sanitätswesens im Felde Berufenen nicht gekannt und

---

[1] In dieser Zahl sind sämmtliche Kranke von den 383,841 französischen Kriegsgefangenen einbegriffen. Die Zahl der französischen Kranken dürfte sich auf reichlich 200,000 Mann belaufen (etwa 720 Kranke pro Mille der Präsenzstärke).

[2] Ueber die militairischen Ursachen und Folgen des Flecktyphus auf der Balkan-Halbinsel im russischen Heere 1877/78 (in Streffleurs oesterreich. militärische Zeitschrift, 1881, Aprilheft).

[1] Die Desinfectionsarbeiten auf dem Kriegsschauplatz etc. 1877/78

[2] Инструкція для охраненія здоровья воинскихъ чиновъ дѣйствующей арміи изданная главн. военн. мед. управленіемъ въ Декабрѣ 1876 года.

[3] Woodward, Outlines of the chief camp diseases etc. pag. 74. und Virchow, Archiv Bd. V, pag. 354.

[4] La guerre et les épidémies.

nicht befolgt werden. — Durch solche Kenntnisse wären der Armee in jedem Falle bedeutende Verluste, dem Sanitätswesen aber schwere Vorwürfe erspart worden, welche jetzt mit vernichtender Sicherheit gegen dasselbe gerichtet werden. Desshalb ist es nun wohl schon mehr als die allerhöchste Zeit endlich an eine sachgemässe Reform des Militär-Sanitätswesens zu gehen und Seitens der dazu sich berufen fühlenden Fachmänner, mit alleiniger Rücksicht auf die Sache selber diejenigen Vorschläge zu formuliren, welche zu einer zeitgemässen Organisation des Sanitätswesens und damit zur Befriedigung der berechtigten Anforderungen der Armee führen können. Wer in dieser Beziehung in Folge materieller Verhältnisse oder vielleicht zu gering entwickelten Patriotismus nicht in der Lage ist sich ohne Umschweife wahr und klar auszusprechen, der thut am besten, gar nicht zu reden, denn halbe Billigung oder Zustimmung, bedingte Verwerfung oder Tadel, — kurz jede Halbheit, kann der Reformfrage in ihrem jetzigen Stadium nur schaden. — Es ist ja natürlich dass jeder thätige Geist voll lebhafter und wohlwollender Anschauungen nur wünschen kann, das Ressort, an welchem er als Glied des Ganzen mitwirkt und schafft, möge anders organisirt sein als es dies im Augenblick ist; so vollkommen als möglich! — Das aber ist für eine Reform nicht genügend. — Es müssen sich noch wohlgesinnte und gediegene Fachmänner finden, welche im Stande sind aus dem Vorhandenen unter entsprechenden Veränderungen so viel als irgend möglich zu machen. — Neigung zum Erhalten und Geschicklichkeit zum Verbessern sind die beiden Elemente, deren Vereinigung das Characteristicum für das Handeln des wahrhaft fachmännischen Organisators ist. — Und ich zweifele ebensowenig daran dass sich unter unseren Fachmännern patriotisch gesinnte Leute finden werden, welche unter Hintansetzung aller sonstiger Rücksichten ausschliesslich dem Nutzen der Sache zu dienen gewillt sein dürften, als ich daran zweifele dass die nöthige Befähigung für diese schwere, verantwortliche, für die Armee und das Land aber auch im hohen Maasse segensreiche Arbeit bei ihnen vorhanden ist. — Man möge sie nur zu suchen verstehen, sie zu *hören* und ihnen *zu folgen entschlossen sein!* — Geschieht *das*, dann werden wir uns in Zukunft nicht — wie es jetzt Oberstabsarzt Michaelis in seinem oben erwähnten Vortrage auf Seite 60 ausspricht — sagen lassen müssen . . «der Flecktyphus ist ein Kunstproduct, und derjenige, der ihn erzeugt, gehört unter Umständen als Giftmischer vor ein Kriegsgericht.» — Oder auf Seite 66 — (grosse Verluste) «sind dem Kriegszweck bewilligt und müssen geopfert werden. Aber wenn Unvorsichtigkeit, Unkenntniss, Nachlässigkeit oder gar übeler Wille Tausende verfaulen lassen, welche gekommen sind um den Heldentod für den Glauben, den Kaiser und Vaterland zu sterben, dann möchte man gern ein Strafgericht in Scene setzen». — Oder in der Berliner deutschen Heereszeitung, Jahrgang 1880, Seite 320, wo es heisst unsere Action sei sanitär ein fortwährendes Experimentiren und Spielen mit Menschenleben gewesen, ein Werk welches durch so und so viel Unterlassungssünden den Namen Barbarismus verdient. — Wenngleich ich auch gegen den Passus, welcher bei Michaelis von «übelem Willen» spricht entschieden Verwahrung einlegen muss, indem ein solcher ebensowenig in ärztlichen als in sonstigen Armeekreisen vorhanden war, so darf man doch immerhin nicht übersehen, dass solche und ähnliche Insinuationen wie die eben angeführten, uns meistens von sehr achtbaren und einsichtigen Fachmännern gemacht werden, welche die wissenschaftliche oder humane Berechtigung zu solchen Aussprüchen nachzuweisen nicht verfehlen. — Es ist daher die höchste Zeit das Sanitätswesen der Art zu organisiren, seine Action der Art zu gestalten, dass solche Vorwürfe in Zukunft unmöglich werden. — Was soll es unter den bestehenden Verhältnissen helfen mit Reformprojecten hervorzutreten, welche das innerste Wesen, den Kern der Sache unberührt lassen und dafür veränderte Nomenclatur, unwesentliche Neuerungen und armselige Verbesserungen bieten. — Was kann es nützen, wenn man sich solchen Projecten gegenüber in diplomatischer Reserve verhält, von ihnen z. B. sagt die erfahrenen Specialisten, welche sie entworfen, hätten mit ihnen zwar noch lange nicht alles, aber dennoch schon sehr, sehr viel zum Nutzen des Sanitätswesens gethan. — Setzt man in ein altes, ganz baufälliges Haus, dessen Fundament bedrohlich defect ist, neue, schön lackirte Fensterrahmen mit hellen Glasscheiben, mauert einige ausgefallene Steine auf's Neue ein, erneuert den abgebröckelten Stuck, streicht sodann das Ganze sauber an und bringt meinetwegen auch noch ein neues Schild mit veränderter Aufschrift über der Hausthüre an, — so kann man natürlich auch der Wahrheit gemäss und die Hand auf dem Herzen versichern, dass schon sehr, sehr viel für dieses Haus geschehen sei, — freilich aber noch lange nicht alles, denn das Gebäude ist ebenso alt und baufällig und vor allem sein Fundament ebenso defect und wackelig wie früher. — Solche Auslassungen mögen in gewissem Sinne klug sein, auch den kleinen Zwecken beschränkter Kreise entsprechen, — patriotisch und fachmännisch kann man sie aber nicht nennen. — Das Erstere nicht, weil in einer Angelegenheit, welche das Wohl und Wehe vieler Tausende von Staatsangehörigen direct beeinflusst, Sophismen und Ausflüchte nicht am Platze sind und das Letztere nicht aus dem Grunde, weil ein gewiegter Fachmann sich nie für halbe Maassregeln erklären wird, zumal in einem Augenblicke wo es gilt der Sache eine bessere Richtung zu geben und eben mit alten, abgelebten und unheilvollen Systemen zu brechen. — In Bezug auf die Reform des Sanitätswesens ist nur eines nützlich: den Sachen einmal ohne jede Rücksicht und Scheu gerade voll und ganz in's Gesicht zu sehen, klar zu bezeichnen was Noth thut und mit fachmännischer Gediegenheit die Wege zu weisen, welche zur Erreichung des Nothwendigen am besten und leichtesten führen. — Das alte Flicksystem verschlägt heute nicht mehr. Es ist eben eine andere Zeit und diese fordert das Ihre! — Die ganze Angelegenheit muss von breiter Basis aus envisagirt werden! Die neue Kriegführung der anderen Zeit verlangt in erster Reihe auch eine neue Organisation des Sanitätswesens, eine solche, welche den reellen Bedürfnissen dieser Kriegsführung zu entsprechen im Stande ist. Durch Eisenbahnen, Hinterlader und veränderte Gefechtsweise veranlasst, treten die sanitären Bedürfnisse der modernen Armeen — ausgenommen etwa im Belagerungskriege — in rapider Aufeinanderfolge und in zehnfach grösserer Ausdehnung wie früher ein.

Während demnach früher das Sanitätswesen einer Armee Zeit hatte den in einem viel kleineren Maasse auf ein Mal an dasselbe herantretenden Forderungen zu genügen und deshalb auch immer noch, selbst bei schwacher Organisation seine Aufgaben relativ leichter lösen könnte, verlangen die heutigen Kriege colossale Leistungen eben auf ein Mal, (z. B. am 30. August vor Plewna 9000 und einige Verwundete ausser den Todten). — Man befindet sich nicht in der Lage die Arbeit auf einen bestimmten Zeitraum vertheilen zu können und es so zu ermöglichen dieselbe auch nur annähernd den vorhandenen Kräften entsprechend zu leisten. Es liegt darnach auf der Hand dass Bedürfnisse, welche eben nur derartig eintreten, auch eine speciell darauf berechnete Organisation des Sanitätsdienstes im Felde erfordern, dass ihnen die, den alten Verhältnissen angepasste Organisation nicht genügen kann. Auch die Administration muss auf diese Umstände berechnet und ihr Mechanismus perfect sein, *ohne jeden Dualismus* in der ganzen Maschinerie, denn sonst müssten alle dieselben Unzukömmlichkeiten und Mängel eintreten, deren Resultate wir schon im letzten Kriege zu beklagen hatten. Dass der Feld-Medicinal- und der Feld-Hospitalinspector, also die beiden Personen in deren Händen das ganze Sanitätswesen sich concentrirte, während des ganzen Feldzuges in einer zwischen solchen Nebenbuhlern noch nie dagewesenen Einigkeit und Uebereinstimmung gewirkt haben, — selbst dieser doch gewiss höchst günstige und seltene Umstand hat in nichts vermocht die Resultate günstiger zu gestalten. — Das ganze Feld-Sanitätswesen muss sodann von vorn herein mit besonderer Rücksicht auf die Kriegsepidemieen organisirt sein, der Art zwar, dass man darauf bedacht ist sich nicht Seuchenherde in der eigenen Armee zu schaffen, sondern für geeigneten Abfluss der Infectionskrankheiten nach rückwärts sorgt, ohne dabei die Strassen für zuziehende Truppen und sonstigen Verkehr gleichzeitig zu inficiren. — Unsere Kenntnisse bezüglich der Kriegsseuchen sind heute ungleich umfangreicher als vor 10—20 Jahren und gestützt auf dieselben ist man in der Lage ihrer Entstehung und Ausbreitung ganz anders entgegen zu wirken wie früher. — Um dies zu erreichen müssen aber eben für den ganzen Sanitätsdienst nur, und *ausschliesslich nur*, fachmännische Rücksichten zur Geltung gelangen. — Personen aber welche nur ganz beiläufige oder gar keine sanitären Kenntnisse besitzen und bei der heute bestehenden Organisation oft wichtige Posten im Sanitätsdienst bekleiden, muss die Macht aus den Händen genommen werden ferner zu schaden. Bisher konnte man meist zu ihren Verfügungen nur sagen: Herr, vergieb ihnen, denn sie wissen nicht was sie thun! — Die Aufgaben, welche einem Feld-Sanitätswesen unserer Tage zufallen, kann eben nur ein einheitliches Sanitätscorps mit einem Arzte an der Spitze lösen, — ohne Hospitalinspector, Hospitalchef, etc. Einem solchen Sanitätscorps im Verein mit ausgedehntem Evacuations- und Etappenwesen, mit grösseren Hospitälern nahe im Rücken der Armee und breiter Zuzugstrasse zu denselben, — solcher Organisation gehört die Zukunft! — Ein starkes Divisionslazareth muss den Dienst auf den Verbandplätzen, den Orten der allergrössten Noth, garantiren, Hospitäler bei der Division selber die Evacuation respective erste Kranken-Etappe sichern, ohne diese Hospitäler zu stehenden Krankenanstalten bei den taktischen Einheiten zu machen, denn damit würde man nur die Basis für Infection der Armee mit den Kriegsepidemieen verbreitern, welche in jedem Feldzuge unvermeidlich sind. Das wären die Grundideen für die Organisation eines Feld-Sanitätswesens der Jetztzeit, speciell für uns, die wir oft Kriege in uncultivirten, spärlich bevölkerten Landstrichen führen müssen. — Veränderte Verhältnisse würden hie und da Modificationen erfordern, welche hier anzuführen nicht der Ort ist, indem ich mit dem Gesagten eben nur die Grundideen für eine Reform präcisiren will.

Wie sich Jeder aus meinen vorhergegangenen Schriften über diesen Gegenstand überzeugen kann, ist es sonst nicht meine Art mich bei Discutirung solcher Fragen schroff auszusprechen. Wenn ich von dieser Regel hier abweiche, so veranlasst mich lediglich das Interesse der Sache dazu, die Nothwendigkeit meine vorstehende Ausführung noch schärfer hinzustellen. Desshalb sage ich mit Oberstabsarzt Michaelis: wer die von mir umstehend aufgestellte Grundidee nicht als die einzige für die Organisation des Feldsanitätsdienstes unserer Tage richtige und erspriessliche zu erkennen vermag, der mag ja wohl sonst recht schöne Kenntnisse und recht guten Verstand haben, — ein richtiges Verständniss aber für ein Militär-Sanitätswesen unserer Zeit hat er in keinem Falle! Es ist absurd von Verbesserungen im Militär-Sanitätswesen zu reden solange diese sich nur auf Verbesserungen des wirthschaftlichen Modus der Hospitäler, auf Reduction der Truppenlazarethe, Zutheilung eines Hospitals zu jeder Division, bessere Stellung der Aerzte etc. beziehen, denn alles dieses sind geringfügige Dinge im Vergleich zu den grossen Endaufgaben, welche einem Militär-Sanitätswesen im Feld zufallen. Diese Aufgaben sind Wahrung der Gesundheit und Erhaltung des

Lebens der *Massen*, Wahrung des Hinterlandes der Armee, gewöhnlich des eigenen Vaterlandes vor den Schäden, welche die Kriegsseuchen über dasselbe bringen können. — wie das bei uns während und nach dem letzten Feldzuge geschehen. Alle kleinen Verbesserungen und Vervollkommnungen, alle humanen Institutionen, alle Kunst und Wissenschaft der Therapeuten und Chirurgen können nur auf Grundlage einer guten Organisation und Administration des Sanitätswesens dem Wohle der Massen nützen; ohne dies kommen sie immer nur Einzelnen, Wenigen im Vergleich mit der Masse zu gut. Wenn der verewigte Pirogow in seinem ganzen, langen und thatenreichen Leben nichts weiter gethan, als nur den Ausspruch: das Wohl der Kranken und Verwundeten im Kriege hängt nicht ab von Medicin und Chirurgie, sondern von der Organisation und Administration des Sanitätswesens, — so wäre er schon desshalb allein für alle Zeiten ein grosser Mann! — Das Wohl des Einzelnen muss überall, so auch im Kriege dem Wohle der Massen nachstehen und humanes Eingehen auf die speciellsten Bedürfnisse des Einzelnen ist sehr oft unmöglich, weil das Wohl der Massen dadurch leiden könnte. Gute und sorgsame Pflege, Behandlung und Transport auf wissenschaftlicher Grundlage für den Einzelnen, werden meist während einer Epidemie unmöglich und fast jeder Krieg ist von Epidemieen begleitet. Die Organisation muss desshalb eine derartige sein, welche die Rettung der Massen ermöglicht. Partielle Reformen, einzelne, vielleicht an sich ganz zweckmässige Abänderungen im Sanitätswesen, können daher solange nicht als wesentliche Verbesserungen bezeichnet werden, als sie nicht effectiv zur Erreichung der grossen Endziele des Institutes erheblich beitragen. Bis dahin sind sie ungenügend und jeder thatsächlich Sachverständige, der es wirklich gut meint, soll das auch gerade heraus sagen, — denn sonst nützt er der Sache nicht nur nichts, sondern schadet ihr meist.

Es kann ja gar keinem Zweifel unterliegen, dass Diejenigen welche im Augenblick das Heft in der Hand haben, mit der Leitung der einschlägigen Ressorts betraut sind, auch die Macht besitzen solche oder andere Institutionen zu schaffen oder zu behalten. Solange sie aber nicht den einzig richtigen Weg beschreiten — welchen ich oben bezeichnet, müssen sie sich schwere Vorwürfe, wie die oben angeführten, gefallen lassen; müssen anhören dass man sagt: unser Staat werde wohl noch die eine oder die andere kriegerische Unternehmung durchzuführen haben, ehe er die militärische Erziehung seiner Aerzte und die sachgemässe Adaptirung seines Sanitäts-Institutes vollendet haben wird (Michaelis, l. c. Seite 69); hören, dass ohne die Epidemieen unseres letzten Krieges es auch kein *Wetljanka* und mit ihm auch keine Millionen-Verluste für Handel und Gewerbe gegeben haben würde u. s. w.

Um solche Vorwürfe ist Niemand zu beneiden, ebensowenig um die Einsichtslosigkeit, welche zu diesen Vorwürfen führt!

Wenden wir nun noch ein Mal den Blick rückwärts auf die vorstehend in Zahlen ausgedrückten Resultate, auf ihren Vergleich mit den Verlusten in anderen Kriegen, die colossale Ausdehnung unserer Epidemieen im Feldzuge 1877/78, ihre furchtbaren Folgen für die eigene Heimath, so darf man immerhin hoffen es werden sich wohl auch die verbissensten Vertreter des alten Systems eingestehen müssen, dass es doch nicht ganz geheuer mit der bestehenden Organisation sei — Jedenfalls aber fordern unsere Resultate zu *schleunigster Reform* des Sanitätswesens auf. Mag sie denn ehestens und recht zweckentsprechend vor sich gehen! Es wird viel an den Generalstabsoffizieren unserer Armee liegen die neue Organisation zu einer zeitgemässen und erspriesslichen zu machen. Sie brauchen zu diesem Zweck nur in die Fusstapfen verschiedener Vorgänger zu treten, in diejenigen des preussischen Generals vom Generalstabe J. v. Verdi-Duvernois, des um das Militär-Sanitätswesen hochverdienten Generalstabs-Major Emil Knorr und unseres, in weiten Kreisen rühmlichst bekannten Professors der hiesigen Generalstabsakademie, Obersten M. Hasenkampf. Folgen sie dem Vorgange dieser Männer, so darf man guter Resultate sicher sein. Was an den Aerzten liegt wird schon geschehen! Man möge ihre Stimme nur nicht ungehört verhallen lassen, wie es leider bisher geschehen und zwar mit einer Hartnäckigkeit, welche entschieden einer besseren Sache würdig wäre. — Es kann nicht als Staatsraison aufgefasst werden, aus bureaukratischem Princip an Institutionen festzuhalten, welche sich längst überlebt, unbeschadet darum dass Tausende und aber Tausende darunter Jahraus, Jahrein leiden müssen.

Den Nachweis über das höhere und niedere Sanitätspersonal im letzten Feldzuge muss ich auf eine andere Gelegenheit verschieben, indem dieser Aufsatz sonst die ihm gesteckten Grenzen zu weit überschreiten würde.

Referate.

Kulenkampff: Ein Fall von Nervendehnung bei Tabes. (B. kl. W. 48.)

K. machte die Dehnung beider Ischiadici an einem 43-jährigen Barbier, der an ausgesprochener Tabes mit anhaltenden unerträglichen Schmerzen in den unteren Extremitäten litt. K. dehnte sehr kräftig, links so stark, dass der Körper gehoben wurde; die Wunden heilten unter Lister p. primam.

Mit dem Erwachen aus der Narkose begannen die wüthendsten Schmerzen, die selbst durch gehäufte Morphiuminjectionen nicht zu lindern waren. Am Tage nach der Operation begann ein Blasencatarrh, der sehr bald jauchig wurde und unter hohem Fieber starb Pat. 17 Tage nach der Operation. — K. hält die Cystitis für eine neuroparalytische, wie sie bei Wirbelbrüchen vorkommt und glaubt, dass die Wurzeln der Blasennerven, die Sacralnerven, welche auch den Plexus Ischiadicus bilden, durch die Dehnung derart betroffen waren, dass die Cystitis entstand. Zum Schluss warnt er davor, die Dehnung als ungefährliche Operation darzustellen. —o—

Rothholz: Zur Aetiologie des Staphyloma posticum sclerоticae. (Graef. Archiv f. Ophthalmologie. Bd. XXVII, Heft 2).

Verf. sucht auf Grund anatomischer Forschung nachzuweisen, dass für das bei Myopie so häufig zu beobachtende Staphyloma posticum sclerae eine anatomische, durch die embryonale Entwickelung des Auges gegebene Praedisposition besteht, und soll dieselbe in dem von Hannover als Funiculus sclerae beschriebenen Gebilde zu suchen sein, welches letztere Verf., wohl die von Kölliker in Abrede gestellte foetale Scleralspalte, auf welche Hannover genanntes Gebilde zurückführt, im Auge behaltend, als Ueberrest des vom Mesoderm aus in die secundäre Augenblase wuchernden Glaskörperstiels auffasst. Ein Grund, der Verf. besonders gravirend für die Richtigkeit seiner Anschauung erscheint, ist, dass im Funiculus sclerae zuweilen noch in Augen Neugeborener offene Gefässe zu beobachten sind, welche im späteren Leben zwar obliteriren jedoch auch hier noch nachweisbar sind. Auch den Umstand, dass der Funiculus sclerae fest mit der Choroidea verbunden ist, betrachtet Verf. als seine Anschauung unterstützend. Dieser Funiculus sclerae soll mit der Lage des Staphyloma posticum gut übereinstimmen, und kann wie R. meint auf Grund desselben, theils durch angeborene, theils durch die beim anhaltenden Sehen in der Nähe sich einstellenden Schädlichkeiten eine Auflockerung des hinteren Scleralpol's hervorgerufen werden, welche bei genügender Grösse des intraoculären Drucks zur Ektasie genannter Stelle führen kann. Als die Bildung des Staphyloma post. unterstützende Momente werden angeführt: gewisse angeborene Formen (grosse Dicke) des Funiculus, angeborene Weichheit desselben, das von v. Hasner bei Besprechung der Aetiologie des hinteren Scleralstaphyloms hervorgehobene Missverhältniss zwischen der Länge des N. opticus und der Grösse des Seitenblickwinkels, das bei jeder Accomodationsanspannung zu Stande kommende nach vorn rücken der mit dem vorderen Ende des Funiculus verwachsenen Choroidea und die dadurch bedingte immer sich wiederholende Zerrung des Funiculus, die beim Sehen in der Nähe nothwendige starke Convergenzbewegung der Augen, wobei die dabei zur Contraction kommenden Muskeln durch Druck auf den Bulbus den intraoculären Druck erhöhen, und somit zur Ausbuchtung des anatomisch als locus minoris resistentiae bestehenden hinteren Scleralpol's — führen können etc. etc.

Noch weiter auf diese höchst interessante, eine praktisch so wichtige Frage behandelnde Arbeit einzugehen ist hier nicht der Ort, und möchten wir nur durch dieses Referat die Aufmerksamkeit der Aerzte auf die Arbeit des jungen Collegen Cand. med. Rothholz in Breslau hingelenkt haben. L.

H. Jaeger: Ueber die Körperwärme des gesunden Menschen. (Deutsches Archiv f. klin. Medicin. XXIX, Heft 5 und 6.)

Verf. hat vergleichende Untersuchungen über das Verhalten der Körpertemperatur bei arbeitenden und bei nicht arbeitenden Menschen angestellt, und zwar hat er erstens stündliche Messungen der Rectumtemperatur bei gesunden Soldaten vorgenommen, welche im Bett liegen und absolute Körperruhe beobachten mussten, und zweitens hat er alle zwei Stunden die Rectumtemperatur bei angestrengt arbeitenden Leuten bestimmt. Er benutzte hierzu Soldaten, welche in einer Regimentsbäckerei in einem stark überheizten Raum von 4 Uhr Morgens bis 4 Uhr Nachmittags mit Brodbacken beschäftigt waren. Selbstverständlich hat er auch hier die Temperaturmessungen stets über 24-stündige Zeiträume ausgedehnt, so dass sowohl die Arbeits- als die Ruhezeit in den Bereich seiner Beobachtungen fiel.

Die Resultate sind folgende:

Das *Tagesmittel*, oder, genauer ausgedrückt, das arithmetische Mittel sämmtlicher Temperaturen, welche bei einem Untersuchten im Laufe von 24 Stunden gewonnen worden waren, variirte *bei den Ruhenden* zwischen 37,35° und 36,95° C. und betrug durchschnittlich 37,13° C.

Die entsprechenden Tagesmittel bei den angestrengt mit Brodbacken beschäftigten Soldaten schwankten zwischen 37,51° und 36,99° C. und betrugen durchschnittlich 37,21° C. Sie stimmten also sehr genau mit den bei den ruhenden Menschen gewonnenen Mittelwerthen überein.

Ganz anders aber gestaltet sich die Sache, sobald man die *Tagesschwankungen* der Körpertemperatur bei ruhenden und arbeitenden Menschen mit einander vergleicht. Der Unterschied zwischen der höchsten und der niedrigsten im Laufe von 24 Stunden erreichten Temperatur betrug *bei den Ruhenden* 0,7° bis 1,4° C. und im Durchschnitt 1,2° C. — *Bei den arbeitenden* Bäckern dagegen betrugen die Tagesschwankungen der Temperatur 1,9° bis 2,8° C. und im Durchschnitt 2,6° C., was dadurch bewirkt wurde, dass die Körpertemperatur bei den Arbeitenden während der Arbeit bedeutend stieg und während der Ruhezeit wieder bedeutend unter die bei den Ruhenden gewöhnliche Norm hinab ging.

Die höchste, überhaupt bei einem gesunden Ruhenden beobachtete Rectumtemperatur war 37,9° C., die niedrigste 36,2° C. — Bei allen Arbeitenden dagegen stieg die Rectumtemperatur während der Arbeit auf 38,0° C. und darüber. Die höchste, überhaupt bei

esunden Arbeitenden (während der Arbeit) beobachtete Temperatur war 38,4°, — die niedrigste (zur arbeitsfreien Zeit) 35,6° C.

Diese Zahlen bestätigen das schon von Jürgensen aufgestellte Gesetz der Compensation der Körpertemperatur des Menschen: Einerlei welche Veranlassung die Körperwärme eines Gesunden hinaufgetrieben oder hinabgedrückt hat, nach dem Aufhören der die Schwankung erzeugenden Ursache tritt eine Gegenschwankung der Temperatur ein, durch welche die Körperwärme so geregelt wird, dass stets das normale Tagesmittel erhalten bleibt. D—o.

Ed. Thomann (Graz): Ueber subcutane Jodoform-Einspritzungen bei Syphilis. (Centralblatt f. d. med. Wissenschaften № 44, 1881.)

Verf. hat das Jodoform in Glycerin suspendirt, im Verhältniss von 6,00 : 20,00 syphilitischen Kranken in Dosen von 0,3—0,75 Gramm (pro dosi) injicirt, und will bei starker Sclerose und starker Schwellung der Leistendrüsen bereits nach 10—12 Injectionen, welche an den verschiedensten Körperstellen ausgeführt wurden, ein Zurückgehen sämmtlicher Krankheitserscheinungen beobachtet haben. Diese Injectionen in genannten Dosen wurden immer ohne Störung des Allgemeinbefindens vertragen. Im Harn konnte des Jodoform bereits in den ersten 2 Stunden nach der Einspritzung nachgewiesen werden. Der so sehr unangenehme, sonst kaum zu verdeckende Jodoformgeruch konnte weder im Harn, noch in der Athemluft, noch im Schweiss des Kranken beobachtet werden. L.

C. Hueter: Ueber Resection des Fussgelenkes mit vorderem Querschnitt. (Arch. f. klin. Chirurgie Bd. XXVI. Heft 4.)

Es ist bekannt, dass die Verhütung der scrophulösen Recidive nach Resectionen wegen scrophulöser Arthritis am sichersten dadurch erreicht wird, dass bei der Operation alles krankhafte Gewebe entfernt wird. Je nach den verschiedenen Operationsmethoden ist dieses nun nicht gleich leicht zu bewerkstelligen; bei der Resectio genu mit vorderem halbkreisförmigem Schnitt kann das ganze Operationsterrain gut und klar überblickt werden, deshalb glaubt Verf. auch nach dieser Operation so selten durch scrophulöse Recidive überrascht worden zu sein. Anders stehe es mit der Fussgelenkresection nach Langenbeck mit den beiden seitlichen Längsschnitten, wo Verf. in den letzten Jahren mehrfach Recidive auftreten gesehen habe, was er dem zuschreibt, dass man bei den seitlichen Schnitten nicht frei genug das Operationsfeld übersehen und daher nicht alles erkrankte Gewebe wegnehmen könne. Deshalb ist er bei Resectionen des Fussgelenkes *wegen scrophulöser resp. tuberculöser Arthritis* zu der alten Methode des Querschnitts zurückgekehrt. Der Hautschnitt wird vom hinteren Rand des Malleolus int. an, um letzteren herum, über die vordere Linie des Talo-Cruralgelenks zur Spitze des Malleolus extern. geführt und hier noch ein kleines Stück an seiner hinteren Seite hinauf, der Nerv. peroneus superficial. wird dabei durchtrennt. Nach Durchtrennung der Haut sucht Verf. die Sehne des M. tibialis anticus in ihrer Scheide auf, führt einen starken Catgut-Faden durch ihre Substanz und lässt die Nadel am Faden hängen, dasselbe geschieht mit dem M. extensor hallucis, zwischen beiden wird die Art. tibial. ant. doppelt unterbunden, und discidirt, ebenso die Venen und der N. peroneus profund. Dann durchschneidet er unterhalb der Catgutfäden beide Sehnen, sowie die des M. extensor digit. comm., nachdem auch diese einen solchen Faden bekommen. Hierauf durchtrennt Verf. die vordere Capselwand und indem der Fuss plantar flectirt wird, durchschneidet er die Seitenbänder. Ist dieses geschehen, so klafft das Gelenk weit, und Ablösung des Periosts von Tibia und Fibula sowie deren Abtragung und die der Talusrolle machen keinerlei Schwierigkeiten. Es ist aber jetzt auch die Exstirpation der gesammten Gelenkkapsel ganz leicht zu bewerkstelligen, und die Sägeflächen der Knochen können genau inspicirt werden. Nachdem nun dieser Art alles krankhafte Gewebe sicher erkannt und weggeräumt ist, geht Verf. an die Vernähung der durchschnittenen Sehnen und Nerven. Der vorhin erwähnte Catgutfaden dient dazu den oberen Sehnenstumpf aus seiner Scheide vorzuziehen, die daran hängende Nadel wird sogleich durch den unteren Sehnenstumpf geführt und die Sutur geknüpft. An jeder Sehne fügt Verf. zur sichereren Fixation noch eine Naht hinzu, dann werden die Nerven vereinigt, indem feine Catgut-Suturen durch das paraneurotische Gewebe gelegt werden, endlich folgt Naht der Hautwunde und quere Durchleitung von Drainröhren. Bei der Sehnennaht sei noch erwähnt, dass Verf. nicht die schlecht ernährten Schnittflächen der Sehnen, sondern die Flächen des gut ernährten Peritendineum aneinander fügt, also die Sehnenstümpfe etwas über einander gezogen werden. Bisher hat Verf. mehrmals so operirt und vollständige Wiederherstellung aller Functionen des Fusses erzielt. Bei allen Fussgelenkresectionen, die nicht wegen Scrophulose resp. Tuberculose nöthig werden, macht Verf. nach wie vor die Langenbeck'schen Seitenschnitte. T.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

F. Karrer: Der Boden der Hauptstädte Europa's. Wien 1881. A. Hölder.

Karrer, der sich schon 1877 und 78 durch geologische Schriften speciell um Wien verdient gemacht hat, beleuchtet jetzt in einer obigen Titel führenden Broschüre nicht allein die Bodenverhältnisse der österreichischen Hauptstadt, sondern auch die von Paris, London, Brüssel, Berlin, Petersburg und Rom. Aus zuverlässigen Quellen schöpfend (für Petersburg stützt er sich auf Prof. Möller und namentlich auf General Helmersen), giebt Verf. auf wenigen Blättern, 47 Seiten Text und 22 Seiten Illustrationen, allgemeinere geographisch-geologische Situationsbilder, detaillirte Schilderungen des Untergrundes der einzelnen Städte und kurze Angaben über die Wasserversorgung wie über die sanitären Verhältnisse in den genannten Orten, die jeden Gebildeten interessiren müssen. Namentlich den Arzt, aber auch sogar den Geologen von Fach wird dieses schön ausgestattete, manches Neue bringende Büchelchen trotz oder gerade wegen seiner Kürze ansprechen und dürften zu einem solchen Erfolge die vielen eingedruckten Zeichnungen (Bodendurchschnitte und Bohrprofile) nicht wenig beitragen. F—t.

Friedrich Presl: Die Prophylaxis der übertragbaren Infectionskrankhteiten. Ein Handbuch für Aerzte, Sanitätsbeamte und Physikats-Candidaten mit bes. Berücksichtigung der österreich. und deutschen Gesetzgebung. Wien und Leipzig 1881. Urban und Schwarzenberg. 8° 144 S.

Dieses Büchlein ist dem Bedürfniss nach einem zuverlässigen Führer auf dem Gebiete der prakt. Hygieine und Sanitätspolizei für Oesterreich entsprungen. Es enthält eine Menge auf Prophylaxis bezüglicher officieller Verordnungen, Vorschriften, Berichtsformulare aus verschiedenen Ländern, besonders solchen der Habsburgischen Monarchie. Dazwischen finden sich denn die Ansichten der modernen Autoren über Infection, parasitäre Organismen, Werth von Desinfectionsmitteln u. s. w., — alles das mit wenig Kritik compilirt. Zu einer eigenen Meinung versteigt sich der Autor bisweilen, doch nicht mit Glück; so im Capitel der Desinfection, wo er Anwendung des Lister'schen Verfahrens auf Alles und Jedes predigt, — *Einreibung des Körpers mit 2—3 % Carbolöl* bei allen Ausschlägen, desinficirende Klysmen, Inhalationen und *interne Therapie* nach Lister'schen Principien!

Ueberhaupt ist Vieles in dem Buche, obgleich es erst in diesem Sommer erschienen ist, bereits antiquirt, da dem Autor die neueste Publication des Deutschen Gesundheitsamts noch nicht bekannt sein konnte, in welcher u. A. die absolute Unwirksamkeit des Carbolöls dargethan ist. —o—

Kleinwächter: Grundriss der Geburtshülfe. Wien und Leipzig 1881. Verlag von Urban und Schwarzenberg. Gr. 8°. 616 S. II. Auflage.

Der Verf. will in diesem Werke hauptsächlich den Bedürfnissen des praktischen Arztes genügen. In der That sind die vielfach noch streitigen, mehr theoretisches Interesse bietenden Fragen kürzer und weniger eingehend behandelt worden, als die für den praktischen Arzt wichtigeren Gebiete. Die Bearbeitung der letzteren ist daher trotz der zum Theil auch hier bemerkbaren etwas knappen Behandlung eine im Ganzen recht vollständige. Es ist an dieser Stelle nicht möglich, auf einzelne zum Theil bestreitbare Ansichten des Verf., wie zum Beispiel die Lehre von den traumatischen Puerperalerkrankungen, vom Rheumatismus uteri und dgl. mehr, näher einzugehen; übrigens muss man selbst bei anderer Auffassung dieser Fragen zugeben, dass der Verf. auch in diesen Gebieten eine relativ genaue und dabei objective Beschreibung gegeben hat. Es lässt sich daher das vorliegende Werk praktischen Aerzten als compendiöser Leitfaden wohl empfehlen. Die Holzschnitte sind im Allgemeinen gut, und könnten nur etwas zahlreicher sein. Das Papier ist ausgezeichnet, der Druck gut. Kr.

Auszug aus den Protokollen des Deutschen ärztlichen Vereins.

Sitzung vom 5. October 1881.

1) Dr. Lingen über die Krankenbewegung im St. Maria-Magdalenen Hospital für die Monate Mai, Juni, Juli, August 1881.

Das Hospital war bis gegen Ende August stets überfüllt, täglich fanden Abweisungen von Kranken statt. Die grösste Mortalität war im Mai, 12,28 %, sie war im Juni 10,3 %, Juli 9,2 %, August 9,8 %, im Ganzen in 4 Monaten 10,20 %. Unter den 239 Todten waren 18 vor Ablauf der ersten 24 Stunden des Aufenthalts im Krankenhause gestorben, also 7,5 %.

Die Gesammtzahl der Infectionskranken zeigte von Monat zu Monat eine allmälige Abnahme, sie betrug im Mai 57 %, im Juni 55 %, im Juli 44 %, August 43 %. In dem Praevaliren der einzelnen Formen der Infection zeigte sich ein auffallendes Schwanken; der Typhus exanthematicus betrug von der Gesammtzahl der Infectionskrankheiten im Mai 43 %, im Juni 34 %, Juli 20 %, August 13 %, dagegen die Febris recurrens im Mai 34 %, Juni 45 %, Juli 46 %, August 52 %, der Typhus abdom. im Mai 22 %, Juni 20 %, Juli 26 %, August 33 %.

Die Sterblichkeit für die Summe der Infectionskrankheiten betrug die 4 Monate 13 %; der Typhus exanthematicus 17 %, Febris recurrens 6,5 %, Typhus abdom. 21,21 %. Unter den verstorbenen Recurrenskranken sind einzelne schwere biliöse Formen zu verzeichnen, die im ersten oder zweiten Anfall den Tod herbeiführten; die Mehrzahl starb nach langem Krankenlager an Complicationen und Folgekrankheiten, wie chron. Diarrhoe, Pneumonia, Scorbut. Mit Scorbut Aufgenommene gab es 7, alle mit leichtem Verlauf.

Unter den spärlich vertretenen acuten Respirationskrankheiten, betrug die Pneumonie im Mai nah 4,5 % um im August auf 1,5 % herabzusinken.

Unter den 60 mit acutem Intestinal-Katarrh aufgenommenen, waren 4 mit ausgesprochenen Symptomen einer Cholera sporadica, von denen einer tödlich verlief; 2 Hydrophobische und 1 Patient mit Pustula maligna entgingen nicht dem letalen Ende, während einem Arbeiter einer Krollhaarfabrik, der mit frischer Pustel auf der Wange und starkem Infiltrat über Gesicht und Hals aufgenommen, durch Excision der Pustel mit nachfolgender Canterisation mit Lap. caust., das Leben erhalten wurde. Von 7 in Behandlung gekommenen complicirten Fracturen sind 4 geheilt entlassen, 3 befinden sich noch im Hospital mit aller Aussicht auf baldige Genesung. Zwei Schusswunden endeten tödtlich: einem Beamten wurde auf der Strasse von einem Irren ein Revolverschuss von hinten in den Oberschenkel beigebracht, die Kugel wurde an der entgegengesetzten Seite herausgeschnitten, vom Schusskanal aus bildeten sich Eitersenkungen zwischen den Muskeln und im Zellgewebe. Pat. starb nach mehreren Wochen an Septicaemie. Der andere Fall verlief rapide: ein junger Mensch bekam auf der Jagd von seinem Kameraden durch Unvorsichtigkeit einen Schrotschuss à bout portant in den Rücken, die Verwundung befand sich an den untern Rippen links 2 Zoll von der Wirbelsäule; bedeutender Blutverlust, hochgradiger Collaps, Tod nach 24 Stunden. Die Section ergab Bruch der 10. und 11. Rippe, Zerreissung der Milz, Perforation des Zwerchfells durch Schrotkörner, die in der Bauchhöhle zerstreut gefunden wurden. Zwei Fälle von Wirbelfracturen, durch Sturz in Schiffsluken, endeten beide tödtlich, der eine vor Ablauf von 24 Stunden, der andere in 5 Tagen, bei beiden ergab die Section an den oberen Brustwirbeln Bruch der Wirbelbögen, Beweglichkeit der Processus spinosi, bedeutenden Bluterguss im Wirbelkanal.

2) Dr. Herrmann über die Krankenbewegung im Obuchow-Hospital während der Sommermonate 1881.

In den letzten 3 Jahren findet in den Sommermonaten ein stärkerer Krankenandrang statt; während aber früher keine Krankheitsform praevalirte, traten in diesem Sommer Flecktyphus und Recurrens epidemisch auf. Im Allgemeinen wurden in den Monaten Mai bis 1. September aufgenommen 6,337 Kranke, von diesen im Mai 2,000, Juni 1,737, Juli 1,515, August 1,068. Die 3 Typhusformen zusammen participiren an der Gesammtaufnahme, verglichen mit dem vergangenen Jahr mit:

1880	Mai	52,83 %	1881	Mai	72,78 %
	Juni	43,66 %		Juni	69,24 %
	Juli	36,43 %		Juli	53,35 %
	August	25,23 %		August	41,16 %

Im Durchschnitt für die Sommermonate dort 40,65 %, hier 55,17 %.

Für die Morbilität St. Petersburgs sind diese Zahlen nicht maassgebend, da die temporären Hilfshospitäler nur chronische und leichte acute Krankheitsformen aufnahmen, die Infectionskrankheiten den beständigen Hospitälern, namentlich dem Obuchow'schen zugewiesen blieben. Bei ihrer beschränkten Bettenzahl und der allzuspäten Eröffnung brachten die temporären Krankenhäuser wenig Hilfe, die verzögerte Aufnahme musste durch Anhäufung von Kranken in ihren Wohnungen der Entwickelung der Epidemie Vorschub leisten, auch deren Charakter ungünstig beeinflussen. Wenn die Mortalität dessen ungeachtet im Allgemeinen nur 10,37 % beträgt, d. h. nur um einen Bruchtheil die Ziffer des vorigen Jahres überragt, so ist dieses der geringen Aufnahme chronischer Kranken zu verdanken. Wie immer in abnormen Zeiten finden wir unter den Gestorbenen 95 die vor 24, und 71 die vor 48 Stunden nach der Aufnahme erlagen. Am schwersten hat das Hospital die Recurrens heimgesucht, aufgenommen wurden:

Mai	676 Kranke od.	33,78 % d. Gesammtaufnahme,	Mortalit. 7,80 %
Juni	744 » »	42,35 % »	» 5,49 %
Juli	539 » »	35,57 % »	» 3,38 %
August	275 » »	25,75 % »	» 3,93 %

In Summa aufgenommen 2.234 Recurrens d. h. 35,36 % d. Gesammtaufnahme mit einer Mortalität v. 5,15 %. Unter den Gestorbenen finden wir leider wieder einen unserer Hospitalärzte. Die Krankheit trat überhaupt schwerer auf als in den letzten Jahren, die biliöse Form war stark vertreten. Im Gegensatz dazu war der Flecktyphus in leichter Form vertreten. Es wurden an Typhus exanthemat. aufgenommen:

Mai	514 Kr. d. h.	28,68 % d. Gesammtaufnahme,	Mortal. 8,37 %
Juni	319 » »	18,40 % »	» 9,55 %
Juli	194 » »	12,80 % »	» 6,95 %
August	78 » »	7,30 % »	» 10,47 %
In Summa	1105 » »	17,49 % »	» 8,84 %

Mit Typhus abdominalis wurden aufgenommen:

Mai	271 d. h.	13,54 % d. Gesammtaufnahme,	Mortalität 9,87 %
Juni	137 »	7,90 % »	» 8,01 %
Juli	78 »	5,14 % »	» 8,77 %
August	98 »	9,17 % »	» 7,10 %
In Summa	584 »	9,24 % »	» 8,44 %

Diese Zahlen sprechen für den gutartigen Character auch des Abdominaltyphus dieses Sommers.

Es folgen die grösseren Zahlen der Phthisis und der chron. Pneumonien; aufgenommen wurden:

Mai	86 d. h.	4,29 % d. Gesammtaufnahme,	Mortalität 31,03 %
Juni	86 »	4,96 % »	» 37,80 %
Juli	80 »	5,28 % »	» 33,57 %
August	78 »	7.30 % »	» 40,43 %
In Summa	330 »	5,22 % »	» 35,71 %

Von acuten Katarrhen der Digestionsorgane wurden 338 aufgenommen, darunter einige Fälle von Cholera nostras, von denen 1 starb. Chronische Katarrhe und folliculäre Verschwärung d. Darmes wurden aufgenommen:

Mai	71 d. h.	3,34 % d. Gesammtaufnahme,	Mortalität 35,00 %
Juni	68 »	3,92 % »	» 30,61 %
Juli	75 »	4,95 % »	» 34,45 %
August	71 »	6,64 % »	» 26,72 %
In Summa	285 »	4,51 % »	» 31,69 %

Mit Scorbut wurden 33 aufgenommen gegen 184 im Vorjahr.

Von chirurgischen Kranken wurden 77 Phlegmonen aufgenommen, die Zahl der Fracturen war ungewöhnlich klein, 39, unter ihnen 3 des Schädels, 2 der Wirbelsäule.

3) Dr. Herrmann verliest einen Aufsatz «zur Desinfectionsfrage».

z. Z. Director Dr. Herrmann.
Secretär Dr. Amburger.

Tagesereignisse.

— Am 29. November fand die feierliche Einweihung der neuen Heilanstalt für chirurgische Krankheiten, welche von der beim «Rothen Kreuz» bestehenden Alexander-Gemeinschaft barmherziger Schwestern eingerichtet worden ist, in Gegenwart des Präsidenten des Rothen Kreuzes, der Präsidentin und der Mitglieder des Comités, sowie einer Anzahl hiesiger Aerzte und der barmherzigen Schwestern statt. An der Feier betheiligte sich auch I. K. H. die Grossfürstin Alexandra Josephowna. Nach Beendigung der Einweihungs-Ceremonie wurde ein Frühstück servirt, worauf die Besichtigung der Räumlichkeiten der neuen Heilanstalt, welche in einem zweistöckigen hölzernen Hause untergebracht ist, stattfand. Die Abtheilung der Anstalt für 12 ständige Betten, welche im oberen Stocke des Hauses liegt, macht sowohl durch ihre Räumlichkeiten als auch durch ihre Einrichtung einen recht freundlichen Eindruck. Die unteren Räume, welche für die Ambulanz bestimmt sind, entsprechen nicht ganz den Anforderungen. Die ärztliche Leitung der Anstalt ist Prof. C. Reyher übertragen worden.

Aufforderung.

Die №№ 19—21 dieser Zeitschrift sind mir von einem leider unbekannten verehrlichen Collegen übersandt worden; um dieselben mit Dank zurückzustellen, bitte mir gütigst den Namen zu nennen.

Constadt o/S, 16. November 1881.

Dr. Guttmann.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs
am 6. December. 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	710	253	963
Alexander- «	447	152	599
Kalinkin- «	—	519	519
Peter-Paul- «	282	130	412
St. Marien-Magdalenen-Hospital	166	73	239
Marien-Hospital	287	249	536
Ausserstädtisches Hospital	213	226	439
Roshdestwensky-Hospital	44	36	80
(Nicolai-Militär)-Hospital (Civilabth.)	343	147	490
6 zeitw. Hospitäler	796	153	949
Ausschlags-Hospital	10	17	27
Summa der Civilhospitäler	3298	1955	5253
Nikolai-Kinder-Hospital	38	51	89
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	66	102	168
Elisabeth-Kinder-Hospital	31	29	60
Summa der Kinderhospitäler	135	182	317
Nicolai-Militär-Hospital	506	25	531
Ssemenow'sches Militär-Hospital	194	—	194
Kalinkin-Marine-Hospital	329	—	329
Gesammt-Summa	4462	2162	6624
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	970	279	1249
Scarlatina	20	29	49
Variola	5	16	21
Venerische Krankheiten	733	514	1247

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 29. November bis 6. December 1881 besucht von 2274 Kranken, darunter zum ersten Mal von 957.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs.
für die Woche vom 21. bis 28. November 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 542 (Todtgeborene 29). — Mortalität 42,0 p. M.

Zahl der Sterbefälle:
1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
315	227	542	117	30	72	16	10	17	53	74	59	32	36	12	9	5

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 9, Typh. abd. 21, Febris recurrens 11, Typhus ohne Bestimmung der Form 5, Pocken 4, Masern 2, Scharlach 8, Diphtheritis 25, Croup 7, Keuchhusten 5, Puerperalkrankheiten 4, Dysenterie 1, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 7.

— Gehirnapoplexie 5, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 26, andere Gehirnkrankheiten 13, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 28, acute Entzündung der Athmungsorgane 66, Lungenschwindsucht 101, andere Krankheiten der Brusthöhle 16, Gastro-intestinal-Krankheiten 80, andere Krankheiten der Bauchhöhle 24, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 27, Marasmus senilis 13, Cachexia 21.

— Tod durch Zufall 5, Selbstmord 3, Mord 0.

— Andere Ursachen 7.

Nächste Sitzung d. deutschen ärztlichen Vereins, Montag den 14. December 1881.

Nächste Sitzung des allgem. Vereins St. Petersburger Aerzte, Dienstag den 22. December 1881.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 11 Декабря 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh., Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22½ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

ST. PETERSBURGER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg,
Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 51. St. Petersburg, 19. (31.) December 1881.

Aufforderung zum Abonnement.

Wir bitten unsere geehrten Abonnenten um **baldigste Erneuerung ihres Abonnements für das Jahr 1882** — an unsere auswärtigen Abnehmer richten wir das ergebene Ersuchen, ihrer Bestellung gefälligst die letzte gedruckte Banderole (ev. mit den nöthigen Berichtigungen) beizufügen.

Der Preis für das **ganze** Jahr beträgt **8 S.-Rbl.** — incl. Zusendung per Post.

Vier Beobachtungen von Wochenbettscharlach nebst Bemerkungen.

Von
Professor J. Holst
(Dorpat).

Nach der bekannten Arbeit von Ohlshausen über Scarlatina im Wochenbett ist die Frage ob es sich in den betreffenden Beobachtungen um Scarlatina puerperalis oder um Scarlatina in puerperio handele, wieder lebhaft discutirt worden. Die in der nächsten Zeit zu vertheidigende Dissertation des Herrn Pychlau behandelt dasselbe Thema; da aber dergleichen Dissertationen selten einen grösseren Leserkreis finden, glaubte ich einige der von mir gesammelten, für die Entscheidung obiger Frage wichtigen Krankengeschichten aus jener Dissertation einem grösseren Leserkreis mittheilen zu sollen.

Ich habe bis jetzt sechs Mal Gelegenheit gehabt Scarlatina im Wochenbett zu beobachten; zwei Fällle nahmen einen letalen Ausgang, vier endeten mit Genesung. Ich finde keinen Grund dieselben ausführlich mitzutheilen mit Ausnahme eines später zu erwähnenden Falles. In allen Fällen lag die Beobachtung so, dass jeder Arzt, welcher an das Krankenbett getreten wäre, ohne davon Kenntniss zu haben, dass es sich um Wöchnerinnen handelte, Scarlatina hätte diagnosticiren müssen. Die in allen Fällen mässige Angina und andere kleine Abweichungen, in welchen diese Beobachtungen sich von den sogenannten «Schulfällen» unterscheiden, waren stets Abweichungen der Art und des Grades, wie sie bei jeder Scarlatina zur Beobachtung kommen können. Ich habe kein Bedenken getragen in allen diesen Fällen eine Complication des Puerperium mit Scarlatina zu diagnosticiren, weil mich die Erscheinungen und der Verlauf dazu nöthigten, weil ich keinen Grund finden konnte, warum sich das Wochenbett nicht ebenso gut mit Scharlach wie mit Masern, Pocken u. s. w. compliciren sollte, weil mir endlich weder aus eigener Beobachtung noch aus der Literatur Beobachtungen vorlagen, in welchen bei puerperaler Infection oder bei septischer u. s. w. Infection ausserhalb des Wochenbettes Exantheme gesehen worden sind, die auch nur im Entferntesten mit dem Exanthem und dem Verlauf der Scarlatina hätten verwechselt werden können.

Bedurfte es noch eines weiteren Beweises, dass es sich bei den Fällen von Scarlatina in puerperio in der That um eine Complication der reinen Scarlatina mit dem Wochenbett handelte, so war es der, dass von der an Scarlatina erkrankten Wöchnerin die Umgebung inficirt werden und an Scarlatina erkranken kann.

Nachdem ich nun selbst eine dahineinschlagende Beobachtung gemacht, suchte ich ähnliche Beobachtungen zu sammeln, und ist es mir gelungen aus den letzteren Jahren drei weitere zu erhalten, welche ich neben meiner Beobachtung mit Erlaubniss der betreffenden Collegen hier mittheile.

Frau v. S. (Beobachter Holst) hat nicht Scarlatina überstanden; in der Stadt einige Fälle von Scarlatina, unter diesen zwei in einem verwandten Hause kurz bevor

Frau S. entbunden wurde. Uebertragung sehr möglich. Die Schwangerschaft verlief ohne Störung.

29. März. Normale Geburt, zehn Stunden Dauer. Geburt des Kopfes durch Expression befördert.

30. und 31. März. Befinden und Wochenfunctionen ganz normal.

1. April. Nachmittag Frost. T. 41,8, P. 130, Erbrechen. Zunge dick belegt. Lochien, Genitalsystem normal. Abends T. 41,5.

2. April. T. 40,5—40,7. Ausgebreitetes glattes Scharlachexanthem auf Gesicht, Hals, Brust und Bauch (eigenthümlicher Geruch selbst vom Manne bemerkt), mässige Angina, zwei flüssige Stühle. Genitalsystem normal. Therapie Champagner.

3. April. Die Röthe reicht bis über die Knie herab Angina mässig, Wochenfunctionen absolut normal. Die Zunge schält sich am Rande. T. 38,0—38,5.

4. April. Himbeerzunge. Angina. Wochenbettfunctionen normal, Eiweiss im Harn. T. 37,8.

5. April. Himbeerzunge. Angina geschwunden. Wochenbettfunctionen normal. Eiweiss im Harn. Abschilferung beginnt an der Nase. T. 37,5—38,5.

8. April. Eiweiss im Harn geschwunden. 2 Uhr Frost. T. 40,0, P. 115, wegen mehrtägiger Verstopfung ein Laxans.

9. April. T. normal, Befinden sehr gut. Genitalsystem normal, kein Eiweiss, allgemeine kleienförmige Abschilferung.

10. April. Die Frau verlässt das Bett. Reconvalescenz ganz ungestört.

11. April. Das Kind nach der Geburt gewogen 9 Pfd. schwer, kräftig, mit reiner, weisser Haut, ohne Icterus und ohne Abschilferung zeigt nach einer unruhigen Nacht und leichten Durchfällen auf Gesicht, Hals und Brust starke gleichmässige Scharlachröthe.

12. April. Das Exanthem ist über den ganzen Körper verbreitet, ebenso am 13. und 14. April.

16. April beginnt beim Kinde besonders in den Hautfalten kleienförmige Abschilferung, die sich über den ganzen Körper verbreitet.

Obgleich bei dem Kinde kein Fieber zu constatiren war, darf doch sicher dieser Umstand, der ja auch sonst noch bei sicher constatirten Fällen von Scarlatina ist beobachtet worden (cf. aus neuester Zeit in dem Ziemssen'schen Werke den Artikel Scarlatina von Thomas pag. 166, pag. 313) nicht geltend gemacht werden, um Zweifel in die Diagnose zu setzen, worauf wohl nach der vorhergehenden Schilderung nicht näher braucht eingegangen zu werden. Zu bemerken dürfte vielleicht noch sein, dass der Mann, welcher bisher noch nicht Scarlatina überstanden hatte, an derselben erkrankte, nachdem die Familie im Herbst aus ihrer Sommerwohnung in die frühere Wohnung zurückgekehrt war, in welcher die Frau und das Kind die Scarlatina durchgemacht hatten. In der Stadt herrschte damals kein Scharlach; es lag nahe anzunehmen, dass der Infectionsstoff an der alten Wohnung und den wieder in Gebrauch gekommenen Winterkleidungsstücken haftete.

Frau von E. (Dr. Harten) befand sich am Ende ihrer normal verlaufenen zweiten Schwangerschaft, als die Amme des Hauses ihre auf dem Lande an Scarlatina erkrankten Kinder besuchte und von dort Kleidungsstücke mitbrachte. Das geschah etwa 14 Tage vor Ausbruch des Exanthems bei Frau E.

29. October. Mässiges Fieber.

30. October. Scharlachausschlag auf Gesicht und Brust. Leichte Angina, T. 38,0.

31. October. Normale Entbindung, wahrscheinlich einige Tage zu früh. Exanthem an diesem Tage fast geschwunden.

1. November. Sehr starker Ausschlag, sich allmählig über den ganzen Körper ausbreitend. Angina stärker, keine Diphtheritis, T. 38,5—40,0. Lochien und sämmtliche Wochenfunctionen bis zum Ende normal. Am fünften Tage beginnt reichliche Abschilferung auf Gesicht, Hals und Brust, während auf dem Unterkörper das Exanthem noch in Blüthe stand.

Der behandelnde Arzt musste verreisen. Von dem stellvertretenden wurden ein paar kühle Bäder von 20 Min. Dauer verordnet. Nach dem ersten Bade schwanden Ausschlag und Abschilferung. Mässiger Nachlass der T., die bald wieder ansteigt. Wiederholung der Bäder.

9. November stirbt die Kranke, nachdem die Zunge trocken geworden, sich Delirien und Meteorismus eingestellt hatten.

Der neugeborene Knabe bleibt gesund; die etwas über ein Jahr alte Tochter hatte einen unbedeutend scarlatinösen Ausschlag ohne Fieber und Angina. Die Mutter des Kranken erkrankte an einem Scarlatinaexanthem mit nicht sehr starkem Fieber und mässiger Angina. Beide sind genesen.

Frau von M. (Dr. Walter †, Dr. von Mühlen, cons. Prof. Vogel) gebar am 18. Juli nach 12-stündiger Geburtsarbeit ihr erstes Kind, einen gesunden Knaben. Das Wochenbett verläuft bis zum dritten Tage in jeder Beziehung ganz normal.

20. Juli. Exanthem auf Brust und Rücken, das der behandelnde Arzt für Scarlatina erklärte. Fieber nicht hoch.

21. und 22. Juli. Ganz normaler Verlauf, alle Wochenbettfunctionen normal.

23. Juli. Tod.

26. Juli erkrankt die Schwester, welche die Verstorbene gepflegt hatte mit heftigem Erbrechen, dem bald der Ausbruch der Scarlatina folgte, schon am 29. erfolgte der Tod.

Im November erkrankt eine zweite Schwester, welche die Sachen der Verstorbenen ein- und ausgepackt, auch ein paar Handschuhe angezogen hatte, an einer schweren Scarlatina mit nachfolgender starker fetziger Abschilferung. Die Erkrankung dauerte vier Wochen. — In der Familie war schon früher Neigung zu schweren Scharlacherkrankungen, besonders nach dem Kindesalter beobachtet worden.

Frau B. (Dr. Brutzer) gebar am 15. September 1879 nach normal verlaufender Schwangerschaft ihr zehntes Kind. Nach der Geburt stellten sich starke Blutungen ein.

15. September. Heftiges Fieber bis gegen 40,0. Lichtscheu, Angina, Delirien, Schlaflosigkeit. Da wegen der grossen Lichtscheu das Zimmer stark verdunkelt worden war, war eine Besichtigung des Körpers nicht vorgenommen und das 3 Tage anhaltende Fieber, die Angina u. s. w.

waren auf Erkältung bezogen worden, welche man von der Durchnässung des Bettes herleitete, welche durch die zur Blutstillung angewandten reichlichen Applicationen von Eis und kaltem Wasser herbeigeführt worden war.

22. September bemerkte man zunächst an den Händen eine starke fetzige Desquamation, welche sich in der Folge über den ganzen Körper verbreitete; dieselbe erfolgte in grossen Fetzen und zweifelten die behandelnden Aerzte keinen Augenblick daran, dass dieselbe nur durch vorangegangene, wegen der Verdunkelung des Zimmers übersehene Scarlatina bedingt sein konnte.

In der Folge erkrankten nun die Kinder, welche die Mutter in den letzten Tagen des Bettliegens einzeln besucht hatten, eines nach dem anderen an normaler Scarlatina. Der Säugling blieb gesund.

In den mitgetheilten Krankengeschichten mag manches kurz, aphoristisch erscheinen, was sich zur Genüge daraus erklärt, dass dieselben nicht zum Zweck der Publication verzeichnet waren. Immerhin glaube ich, dass darüber kein Zweifel aufkommen kann, dass jene Wöchnerinnen an Scarlatina erkrankt waren, und dass von denselben die Infection der später Erkrankten ausging, dass also in diesen Fällen die Complication von Wochenbett und Scarlatina nicht zu bezweifeln ist. Ist das für eine grössere Anzahl von Fällen bewiesen, steht auf der anderen Seite auch fest, dass in Folge von septischer, pyämischer etc. Infection Exantheme, die nur annähernd der Scarlatina ähneln nicht vorkamen, so scheint die vielfach ventilirte Frage ob «Scarlatina puerperalis» oder «Scarlatina in puerperio» dahin entschieden werden zu müssen, dass es sich in allen Fällen, wo im Wochenbett scarlatinöse Exantheme zur Beobachtung kommen, um Complication mit Scarlatina vera handelt. Dabei ist eine weitere Complication mit Endometritis, Parametritis, Peritonitis, selbst mit infectiöser Endometritis u. s. w. nicht ausgeschlossen; die septische Dermatitis, Erythem oder Erisipelas, oder eine andere Form, die sich etwa hinzugesellen sollte, wird leicht in ihrer Ursache zu diagnosticiren sein, wenn einmal das alte Vorurtheil beseitigt ist, dass sich Scarlatina nicht mit dem Puerperium complicire, und dass alle im Puerperium auftretenden Scarlatinen Symptome der septischen etc. Infection der Wöchnerinnen seien.

Da nun der Nachweis der Uebertragung auf den Säugling oder andere Personen ein so wichtiges Moment in der Entscheidung dieser Frage bildet, da die Zahl der einschlägigen Beobachtungen noch eine geringe ist, würde es mich freuen, wenn ich durch diese kleine Publication zur Mittheilung weiterer Beobachtungen sollte angeregt haben. Wir dürfen dann vielleicht auch hoffen, über einige noch immer unaufgeklärte Fragen ins Reine zu kommen; ich meine das im Wochenbett, gegenüber den seltenen Erkrankungen Erwachsener, immer noch verhältnissmässig häufigere Vorkommen von Scarlatinaerkrankungen, weiter das fast constante Erkranken in den 3 höchstens 4 ersten Tagen des Wochenbettes gegenüber den viel seltneren Erkrankungen in der Schwangerschaft und der späteren Zeit des Wochenbettes.

Ein Fall von Echinokokken in der weiblichen Brustdrüse.

Von

Dr. J. Höppener,

Ordinator im Marien-Magdalenenhospital.

Echinokokken sind bisher sehr selten in der weiblichen Brustdrüse beobachtet worden; nach Billroth sind nur etwa 20 Fälle in der Literatur verzeichnet, die nach seinen sehr genauen Arbeiten als solche anerkannt werden müssen, da man früher mit dem Namen «Hydatide» jeden mit wässeriger Flüssigkeit gefüllten Sack bezeichnete. Billroth selbst hat keinen Fall von Echinokokken in der Brust beobachtet. Boecker giebt an, dass in der Berliner Charité von 4,770 in 10 Jahren behandelten Personen 33 mit Echinokokken behaftet waren und darunter 14 Frauen, doch fanden sich bei keiner Echinokokken in der Mamma. Auch bestätigen die Aerzte in Island, wo die Echinokokken so häufig sind, das sehr seltene Vorkommen in der Brust [1]. Daher glaube ich, das es von Interesse sein wird, wenn ich in Folgendem einen Fall mittheile, den ich hier in St. Petersburg zu beobachten Gelegenheit hatte.

Eudoxia Dawydowa, eine hiesige Bürgerin, 41 J. alt, von blasser Gesichtsfarbe und schwächlicher Constitution, stellte sich mir den 5. December 1880 mit einer etwa hühnereigrossen Geschwulst am äusseren Rande der linken Brustdrüse über der 3. und 4. Rippe vor. Die deckende Haut war von normaler Farbe und fest mit der glatten derben Geschwulst verwachsen. Die Achseldrüsen waren nicht geschwollen. Die Patientin gab an, etwa seit 6 Jahren eine Geschwulst von Wallnussgrösse hier bemerkt zu haben, die ihr gar keine Beschwerden verursachte, bis im October sich ab und an stechende Schmerzen einstellten und die Geschwulst sich allmälig vergrösserte. Was den Allgemeinzustand betrifft, so hat Patientin bis vor 4 Jahren an chronischem Intestinalkatarrhe, der fast 5 Jahre anhielt, gelitten; ausserdem traten im Juli Metrorrhagien auf, die Patientin sehr schwächten und wodurch sie sich ihren ungenügenden Ernährungszustand zu erklären suchte. Der Geschwulst wegen hatte Patientin sich anfangs an die hiesige Klinik gewendet, wo ihr eine Operation vorgeschlagen wurde, indem man eine bösartige Neubildung annahm. Ich rieth der Patientin gleichfalls zur blutigen Entfernung, umsomehr da die Achseldrüsen noch nicht geschwollen waren und eine radicale Heilung versprochen werden konnte. Die Patientin wollte jedoch von einer Operation nichts wissen und zeigte sich erst den *29. Januar 1881* wieder, wo die Geschwulst fast die Grösse einer Faust erreicht hatte und Fluctuation in der Tiefe zeigte; die Haut war nicht geröthet, so dass die Geschwulst den Eindruck eines kalten Abscesses machte. Obgleich die Schmerzen sehr heftig waren, wollte die messerscheue Patientin von einem Einschnitte nichts wissen, woher ich ihr warme Compressen verordnete. Den *22. Februar* trat endlich der spontane Durchbruch ein, wobei sich dünnflüssiger Eiter entleerte, bis sich die Oeffnung durch eine etwa 1 Millim. dicke sulzige Membran verlegte;

[1] Cf. deutsche Chirurgie, herausg. von Prof. Dr. Billroth und Prof. Dr. Lücke. Lief. 41. Prof. Dr. Billroth: Krankheiten der Brustdrüsen, S. 17.

nachdem die Stelle durch einen ergiebigen Schnitt erweitert war, flossen etwa 3 Unzen Eiter aus, in dem eine Menge mehr oder weniger durchsichtiger Blasen von Erbsen- bis Haselnussgrösse suspendirt waren, die sich bei genauerer Untersuchung als *Echinokokkusblasen* erwiesen. Die zuerst hervorgetretene sulzige Membran gehörte der fast hühnereigrossen Mutterblase an. Im Ganzen fanden sich 10 Blasen von Haselnuss- und 20 von Erbsengrösse. Die Abscesshöhle wurde drainirt und antiseptisch verbunden. Am *3. März* stiess sich die fibröse Kapsel als eine fast hühnereigrosse leere Blase von hellröthlicher Farbe und ziemlich derbem Gefüge aus, worauf die Verheilung des Abscesses in 2 Wochen ohne Störung vor sich ging.

In den bisher beobachteten Fällen zeigte sich immer nur je eine Mutterblase in der Mamma und in dieser entwickelten sich nur selten Tochterblasen, während in unserem Falle secundäre und tertiäre Blasen sich in reichlicher Menge fanden. Was die Species anlangt, so war es ein *Echinokokkus hydatidosus* s. *hominis* (Lenckart). Hakenkränze liessen sich nicht nachweisen, da die tertiären Blasen meist steril sind und keine Scolices entwickeln.

Referate.

P. Sagorsky: Die Sterblichkeit in Petersburg im Jahre 1879. (Sbornik ssudebn. med. etc. 1881. II. Band.)

Der vorliegende Bericht für 1879 ist ebenso wie derjenige für 1878 (über den wir seinerzeit berichtet) nach den officiellen Todtenzeugnissen zusammengestellt und bietet viel Interessantes. Im Ganzen starben 26,823 Personen, darunter 15,781 Männer (58,83 %) und 11,042 Weiber (41,16 %), woraus sich die Mortalitätsziffer von 40,86 pro Tausend ergiebt, während 1878 die Mortalität 48,31 pro Mille betrug. Das Hauptcontingent der Verstorbenen war durch Schwindsucht bedingt (4592 Personen) ferner durch Magen- und Darmleiden (3978 Personen.) Das Jahr zeichnete sich durch Abwesenheit grösserer Epidemieen aus, nur im Beginn des Jahres hatten wir es mit den Ausläufern der Pockenepidemie zu thun, die Sterblichkeit daran betrug 1879—1184 Personen, vorherrschend Kinder (860), wie überhaupt die *Kindersterblichkeit* einen hohen Grad erreichte, denn Kinder unter einem Jahre starben — *9813*. Davon war allein bei 1244 angeborene Schwäche oder schlechte Ernährung die Todesursache. Der *Typhus* in seinen verschiedenen Formen verlangte 1525 Opfer, vorherrschend Abdominaltyphus, für unsere Verhältnisse noch ein günstiges Verhältniss. Hoch ist dagegen die Zahl der Todesfälle durch *acute Entzündung der Athmungsorgane* — 3187 Personen. *Diphtherie* führte nur 370 Mal zum Tode, und zwar bis auf 1 Fall, ausschliesslich im Alter bis zu 14 Jahren. *Wochenbetterkrankungen* bewirkten 225 Todesfälle, *Hydrophobie* 8, *Pustula maligna* — 4. Die Zahl der an Herzfehlern verstorbenen betrug laut den Zeugnissen 684, jedoch ist diese Zahl entschieden zu gering, denn ein Theil Derjenigen, deren Todesursache als Hydrops (224 Mal) oder Oedema pulmonum (199 Mal) bezeichnet, fällt wohl auch in diese Kategorie. Verf. wendet sich bei dieser Gelegenheit an die Collegen mit der Bitte, womöglich derartige Diagnosen, wie Hydrops, Lungenoedem, Herzparalyse oder «chronische Krankheit» zu vermeiden, und die Todesursache möglichst klar anzugeben. *Lebercirrhose* ist 144 Mal verzeichnet, kommt jedoch auch entschieden häufiger vor. *Peritonitis* ist 217 Mal angegeben, jedoch fehlten dabei leider die Notizen über deren Ursache. *Nierenerkrankungen* waren 257 Mal notirt, der *Krebs* 423 Mal, darunter 154 Mal Krebs des Uterus, 101 Mal — der Leber und 27 — des Oesophagus. 97 Mal ist der Sitz nicht angegeben. Diese Angabe würde wohl den behandelnden Aerzten keine grosse Mühe machen und würde zur Vollständigkeit der Statistik beitragen. *Erysipel* ist 135 Mal angegeben, jedoch steht diese Zahl weit unter der Wirklichkeit. Bemerkenswerth seiner Seltenheit wegen ist, dass im ganzen Jahr nur ein einziger Fall von *Erstickung durch Struma* vorgekommen. Bezüglich der Tabellen, die die Vertheilung der Krankenzahl auf die einzelnen Stadttheile und deren Bezirke zeigen, bemerken wir nur, dass in allen Bezirken die Mortalität heruntergegangen, mit Ausnahme von 3 (des IV. Bezirk des Petersburger, III. Bezirk des Roshdestwenski und III. Bezirk des Wiborger Stadttheiles) die eine Steigerung aufweisen. Die geringste Sterblichkeit fand im I. Admiralitätsbezirk (19,01 ‰) statt, die höchste im III. Bezirk des Alexander-Newsky-Stadttheiles. Die Sterblichkeit an der Peripherie ist also c. *4 Mal* bedeutender als im Centrum der Stadt.

Wir wiederholen zum Schluss, wie Verf. es auch im vergangenen Jahre betont, dass die Zahlen nur auf relativen Werth Anspruch machen; mit der Anfang December a. c. stattfindenden neuen Volkszählung werden die Zahlen unserer Mortalitätsstatistik mehr positiven Werth erhalten, die jetzigen % Ziffern sind alle zu hoch ausgefallen. P.

Fehleisen (Würzburg): Statistischer Bericht über die von Ostern 1878 bis Ostern 1881 ausgeführten Amputationen. (Aerztl. Intelligenzblatt №№ 40—44.)

Es handelt sich um das Material aus der chirurgischen Klinik des Juliushospitals während der 3 ersten Jahre der Thätigkeit unseres früheren Dorpater Professors Bergmann, und wird der vorliegende Bericht, von seinem Assistenten zusammengestellt, daher vielen unserer Leser von besonderem Interesse sein. Abgesehen von anderen Operationen wurden in diesen 3 Jahren 102 grössere Amputationen ausgeführt, nach denen 17 Patienten starben. Bei Vertheilung auf die einzelnen Gliedmaassen ergiebt sich folgendes: 2 Mal Femurexarticulation (1 Fall starb), 41 Oberschenkelamputationen (9 Todesfälle), 27 Unterschenkelamputationen (2 tödtlich), 13 partielle Fussamputationen (1 Tod), 2 Oberarmexarticulationen (beide starben), 7 Vorderarmamputationen, 9 Oberarmamputationen (2 tödtlich verlaufen) und 1 Exarticulation der Hand. Die scheinbar hohen Mortalitätsziffern erklären sich dadurch, dass die Zahl der traumatischen Amputationen relativ gering war (16 Fälle) und die meisten Fälle schwere Complicationen aufwiesen; in allen übrigen Fällen handelte es sich um pathologische Amputationen. So wurde 17 Mal wegen Gangrän operirt, 13 Mal wegen Erfrierung, 4 Mal wegen phlegmonöser Entzündung, *54 Mal* lag fungöse Entzündung der Knochen und Gelenke vor. Von Letzteren starben nur 4, von den Gesundgewordenen erkrankten laut nachträglichen Berichten von Neuem 10 an fungösen Entzündungen anderer Gelenke. Wegen Neubildungen wurden nur 4 operirt, davon starben 2, erhielt ein Recidiv 1 und der 4. ist bisher gesund. Somit starben nach 86 pathologischen Amputationen 11, also c. 13 %. Trennt man die einfachen von den complicirten Fällen, so ergiebt sich für erstere 3½ % und für letztere 34½ % Mortalität.

Pyämie und Septicämie als Todesursache wird 6 Mal angeführt und handelte es sich stets um complicirte Fälle.

Bezüglich der *Operationsmethode* giebt uns der Bericht einige praktische Winke.

So soll man vor Anlegung der Esmarch'schen Binde die Extremität vertical aufheben und durch leichtes centripetales Streichen den Abfluss des Blutes befördern. Ferner soll man im Moment der Durchtrennung die Extremität ebenfalls vertikal halten lassen, die Weichtheile sinken dann vermöge ihrer eigenen Schwere zurück und sind dadurch besser vor Verletzungen geschützt. — Auf genaue Blutstillung wurde besonders geachtet, nach Unterbindung sämmtlicher Gefässe wird die Wunde mit einer Carbolcompresse bedeckt und der definitive Verband erst nach ¼—½ Stunde, ja zuweilen noch später, nach Lister angelegt. Bei starker parenchymatöser Blutung wurde provisorisch tamponirt und der Lister'sche Verband erst nach 6—8 Stunden applicirt. An Stelle der Carbolgaze wird bereits seit 3 Jahren *in ½%-iger Sublimatlösung getränkte Gaze* mit sehr gutem Erfolge verwandt. Diese Modification bietet alle Vortheile der Carbolgaze, ist ausserdem billiger, auch verliert das Verbandmaterial nichts durch längeres Liegen.

Die Heilung per primam in strengstem Sinne des Wortes wurde nur 18 Mal in 12—14 Tagen erreicht. Die Form der Amputationsstümpfe war eine vorzügliche und kein einziges Mal bedurfte es einer Nachoperation, wie Resection des Knochenendes etc. P.

E. Bidder: Die mechanische Behandlung verschleppter Querlagen. (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. XI. Heft 2.)

In Veranlassung einer heftigen literarischen Fehde zwischen Küstner, der dem Sichelmesser zur Decapitation das Wort redet, und Pawlik, der den Braun'schen Schlüsselhaken auf's Wärmste vertheidigt, ist die vorliegende Arbeit geschrieben. Verf. geht von der Erwägung aus, dass in derartigen Fragen theoret. Raisonnement weniger am Platze ist, als objectives Material. Die Praxis muss lehren, ob die eine oder andere Encheirese vorzuziehen sei, welche von ihnen sich sowohl durch leichte Ausführbarkeit, als auch durch Ungefährlichkeit empfehle. Auf Grund seines Materials, — 10 Fälle von Decapitation mit dem Braun'schen Haken, — spricht er sich unbedingt für denselben aus, er sei leicht zu handhaben, und bei der selbstverständlich vorauszusetzenden Vorsicht für die zu Operirende ungefährlich. Der zweite Theil der Arbeit handelt von denjenigen Fällen, in denen der Hals nicht zu erreichen ist, jedenfalls das um denselben geführte Instrument nicht zu überwachen möglich wäre. Hier bleibt nichts übrig, als entweder den Kindeskörper im vorliegenden Querschnitt zu halbiren, oder aber ihn so weit zusammenzuklappen, dass das eine Ende hervorgezogen werden kann, ohne das andere zu rühren. Küstner plaidirt für Durchschneidung mit dem Sichelmesser, Verf. hält die vielen freigelegten kleinen Knochen nicht für unbedenklich für die Beckenweichtheile. Pawlik betrachtet in solchen Fällen die Evisceration nur als Einleitung zur Decapitation, die in jedem Falle gemacht werden müsse, — Verf. meint, das Herabziehen des Halses nach der Evisceration sei allerdings ebenso einfach, wie die Annäherung des unteren

Rumpfendes, mit letzterem Handgriff sei aber die Geburt bereits beendet, nach ersterem folge noch eine Operation, also die Decapitation. Verf. ist ein Anhänger der in solchen Fällen zu erstrebenden Nachahmung der Selbstentwickelung und führt 5 einschlägige Operationen an, bei welchen nach vorhergegangener theilweiser Evisceration der in die Knickungsstelle des Rumpfes eingesetzte Finger oder Haken ohne besondere Gewalt das untere Rumpfende herausbeförderte. S—t.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Aerztlicher Taschenkalender für das Jahr 1882 (Календарь для врачей всѣхъ вѣдомствъ), herausgegeben von Dr. N. Toropow und Buchhändler K. Rikker. (St. Petersburg. Verlag von K. Rikker, kl. 8°. 400 S. nebst einer Beilage von 104 S. Preis 1 R. 50 K., mit Versendung 1 R. 70.

Dieser handliche, allen Petersburger und vielen auswärtigen Collegen wohlbekannte Kalender liegt uns wieder vor. Einer erneuten Empfehlung wird er wohl kaum bedürfen, da seine Auflage für das Jahr 1881 die Zahl von 7,000 Exemplaren erreicht hat, Beweis genug, dass er den Bedürfnissen unserer Collegen gut entspricht. Die neue Auflage bringt auch wieder einiges Neue, und einige Veränderungen in der Einrichtung. Den Herausgebern müssen wir es Dank wissen, dass sie einem von uns ausgesprochenen Wunsche entgegengekommen sind und den Tagesnotizen mehr Raum bewilligt haben, ½ Seite für jeden Tag, während früher auf den einzelnen Tag nur ⅓ Seite kam. Auch sonst sucht der Kalender den Wünschen des Publicums nach Möglichkeit entgegenzukommen. Um ihn bequemer zu gestalten, waren einige Capitel abgetrennt und als Beilage in einem besonderen Heftchen dem Kalender beigegeben worden. Damit ist nun ein Theil des Publicums zufrieden gewesen, ein anderer nicht. Um beiden gerecht zu werden, erscheint der Kalender für 1882 in zwei Formen, vereinigt mit der Beilage in einem Bändchen, und in zwei getrennten Bändchen; der Preis ist derselbe und Jeder mag nun die Form wählen die ihm am besten zusagt. Von neu hinzugekommenen Artikeln werden geboten: die neue Apotheken-Taxe, russische Benennungen verschiedener Arzneimittel, neue Medicamente und Recepte, Tifliser Mineralbäder, Jalta, Untersuchung verdorbenen Mehles, Metalloskopie und Metallotherapie, ärztliche Todtenliste für 1880 und die erste Hälfte 1881, Auszug aus den Regeln für Rekrutenempfang, Philantropische Institute St. Petersburgs (letztere beiden Artikel in der Beilage) und noch manche andere, die wir nicht alle einzeln aufzuführen brauchen, da wir überzeugt sind, dass auch ohnedies die Zahl der Freunde dieses Kalenders nicht abnehmen, sondern stetig zunehmen wird. —t.

Rossbach: Lehrbuch der physikalischen Heilmethoden. Berlin 1881. A. Hirschwald. I. Hälfte.

Der Verf. hat sich die nicht leichte Aufgabe gestellt, objectiv den Werth, die Anwendungsweise und die Indicationen der physikalischen Heilmethoden darzulegen, soweit die Wissenschaft gegenwärtig über diese Fragen zu urtheilen erlaubt. Wir finden in der That eine im Ganzen recht übersichtliche Behandlung der einzelnen Methoden im vorliegenden Werke. Da uns aber leider nur die erste Hälfte vorliegt, so können wir uns freilich über das Ganze kein Urtheil erlauben. Folgende physikalische Heilmethoden sind in dieser I. Hälfte abgehandelt: 1) Das pneumatische Behandlungsverfahren; 2) Klimatotherapie; 3) Kälte und Wärme (Hydrotherapie und kalte Luft. Der Verf. geht kritisch zu Werke, indem er widersprechende Angaben einander gegenüberstellend viele Unklarheiten und Irrthümer constatirt und andererseits die positiven Resultate der Forschungen in diesen Spezialgebieten hervorhebt, ohne die einseitigen Lobeserhebungen vieler Spezialisten zur Geltung zu bringen. So ist es ihm denn gelungen, das Gute der physikalischen Specialitäten in einer klaren, leicht verständlichen Darstellung wiederzugeben. Finden sich noch manche unklare Puncte trotzdem vor, so ist das damit zu erklären, dass diese Fragen eben noch nicht spruchreif sind. Somit empfehlen wir die I. Hälfte des in Rede stehenden Werkes den Herren Collegen bestens. Hoffentlich entspricht die II. Hälfte der ersten. Die Ausstattung ist eine sehr gute. Rr.

Prof. Lahs (Marburg): Die Achsenzug-Zangen mit besonderer Berücksichtigung der Tarnier'schen Zangen. Stuttgart. Verlag von Ferd. Enke 1881, 55 S. mit 4 lithographischen Tafeln.

Verf. experimentirte mit der Tarnier-Mathieu'schen Zange an guten geburtshülflichen Phantomen mit in Spiritus aufbewahrten, ausgetragenen Früchten. Das Prinzip der Tarnier'schen Zangen soll in Folgendem bestehen: 1) soll der Zug in der Längsrichtung der Löffel ermöglicht werden, 2) dem Kopf, selbst bei fehlerhafter Zugrichtung, die Möglichkeit geboten werden in der Führungslinie vorzurücken, und endlich 3) ein Zeiger an der Zange vorhanden sein, der in jedem Moment auf eine falsche Zugrichtung aufmerksam macht. Das Tarnier'sche Modell besteht aus 2 stark S förmig gekrümmten Zangenarmen (Griffarmen) mit Becken und Dammkrümmung, die unterhalb des Schlosses mit einem Schraubenapparat, zur Compression des Kopfes während der Extraction, untereinander verbunden werden. Unterhalb der Zangenarme befinden sich in der Gegend des unteren Endes der Fenster mit den Löffeln allseitig beweglich verbunden 2 ebenso S förmig gekrümmte Zugarme, die sich ohne gekreuzt zu werden, in einem Querholz, dem Zuggriff, vereinigen. Während der Extraction schweben die Griffarme frei und der Operateur zieht nur an den Zugarmen, wobei er beständig darauf zu achten hat, dass die Entfernung zwischen Griff- und Zugarmen nie mehr und nie weniger als 1 Ctm. betrage. Wenn man das im Auge behält, so erfolgt der Zug stets in der Führungslinie und in der Längsrichtung der Löffel. — Das von Mathieu modificirte Modell unterscheidet sich vom Tarnier'schen darin, dass der Schraubenapparat zur Compression des Kopfes viel weiter vom Zangenschloss entfernt liegt, nahe dem Ende der Griffe. Der Zugapparat besteht aus einem Haken mit kurzem Stiel und Querholz, die Kuppe des Hakens läuft in einen Zeiger aus. Der Tractionsapparat wird, nach Schluss der Zange mittelst der Fixationsschraube, in den zwischen den Griffen gelegenen Theil des Schraubenstockes eingehakt. Bei der Extraction des Kopfes hat der Operateur darauf zu achten, dass der Zeiger des Zugapparats stets parallel den Zangengriffen bleibt.

Nach Besprechung einiger Mängel, die der Tarnier'schen Zange vorgeworfen werden, geht Verf. zur Kritik der Wirkung bei den verschiedenen Schädellagen über. Die Ergebnisse dieser seiner Experimente lassen sich in Folgendem kurz zusammenfassen. Da Tarnier den Kopf stets an den Seitenflächen in der Richtung vom Hinterhaupt zum Gesicht fassen will, so ist die Tarnier'sche Zange nur in den Fällen anzuwenden, wo der Kopf mit seinem geraden Durchmesser nahezu oder vollkommen in der Führungslinie steht und während des weiteren Verlaufs so bleibt. Mithin beschränkt sich die Anwendung der Tarnier'schen Zange 1) auf alle die Fälle von Tiefstand des Kopfes, in denen die Pfeilnath bereits im geraden Durchmesser verläuft, doch ist nach Ansicht des Verf. auch in diesen Fällen die deutsche Zange wegen grösserer Handlichkeit vorzuziehen; 2) auf die Fälle von engem Geburtscanal (sei es bei allgemein gleichmässig verengtem Becken oder bei engem elastischem Canal von Primiparen) in denen die kleine Fontanelle in der Führungslinie des Canals und das Hinterhaupt nach vorn steht. In diesen letzteren Fällen wird nach Ansicht des Verf. die Tarnier'sche Zange ihre Triumphe feiern, weil durch falsche Zugrichtung kein Kraftverlust entstehen und man am Zugapparat ein grösseres Kraftquantum in Anwendung bringen kann, als an der deutschen Zange. — Für alle anderen Schädellagen ist die Anwendung der Tarnier'schen Zange in dem beabsichtigten Sinne nicht zu gebrauchen, dahin gehören alle Stellungen des Kopfes mit querverlaufender und die meisten mit schrägverlaufender Pfeilnath. Denn fassen wir den Kopf entsprechend seinem geraden Durchmesser unter Vernachlässigung der Führungslinie, so ziehen wir hier immer in falscher Richtung. Der Kopf rotirt zwar trotzdem mit seinem geraden Durchmesser in die Führungslinie, aber unter viel stärkerer, einseitiger Druckäusserung auf die Wandungen des Canals, als unter Anwendung der deutschen Zange, da die Tarnier'sche seitliche Bewegungen der Griffe, die hier nöthig sind, erschwert.

Legen wir aber nun in diesen Fällen die Zange in der Führungslinie an den Kopf unter Vernachlässigung des geraden Kopfdurchmessers, so werden die Löffel bald beim Vorrücken des Kopfes aus der Führungslinie gedrängt, die Zugrichtung wird daher eine ungeeignete, und die deshalb bald nothwendige Correctur der Lage der Löffel muss vorgenommen werden. Letztere ist aber bei der Tarnier'schen Zange äusserst unbequem und zeitraubend. Für alle diese Fälle giebt Verf. der deutschen Zange den Vorzug.

Zum Schluss der Arbeit sucht Verf. die Frage zu beantworten, warum gerade in Deutschland ein so geringes Interesse den Zangenreformen entgegengetragen wird, sowohl was die Construction der Zange, als auch ihre Indicationen anbetrifft. Er glaubt es dadurch erklären zu können, dass die Zugrichtung der deutschen Zangen eine weniger fehlerhafte ist, als die der Franzosen und Engländer, und dass ferner in Deutschland bei engem Becken und noch beweglichem Kopfe, dann bei Querlage, die Wendung auf die Füsse vorgezogen wird, während in Frankreich selbst bei einer Conj. von 7,5 Ctm. die Wendung auf den Kopf mit darauf folgender Zange angewandt wird. W.

Russische medicinische Literatur.

№ 300. **Medicinski Sbornik**, herausgegeben von der kaukasischen medicinischen Gesellschaft 1881, № 38.

Inhalt: a. A. Umiss: Die Diphtheritisepidemie im Nowogrigorjewsk'schen und Alexandrowsk'schen Kreise des Stawropolschen Gouvernement.

b. M. Portschinski: Ueber das Chinicum bimuriaticum carbomidatum Drygin.

№ 301. **Wratsch.** № 49.

Inhalt: a) Prof. F. Sawarykin: und b) Prof. K. Slawjanski: Reden, gehalten bei Enthüllung der Büste des verst. Prof. Rudnew.

c) B. Greidenberg: Vier Fälle von Athetose. (Aus dem Odessaschen Stadthospital.)

d) J. Lwow: Zur Aetiologie der Placenta praevia. (Forts.)

e) W. Nebykow: Chronischer Catarrh der Harnblase mit Affection der Nieren. (Aus der Klinik des Prof. Sarubin in Charkow.)

f) Feigin: Neue Behandlungsmethode der Schankergeschwüre.
g) N. Bogoljubow: Ein Fall von Exstirpation des Uterus nach der Freund'schen Methode mit glücklichem Ausgange. (Schluss.)
h) A. Holberg (Bulgarien): Ein Fall von intermittirender Dysenterie.

№ 302. **Sdorowje. № 5.**
Inhalt: a) Tschugin: Ueber die Untersuchung des Marktbrodes.
b) S. Popow: Untersuchungen über die Epidemiologie und Aetiologie der Diphtherie. (Forts.)
c) L. Tumas: Quantitative Bestimmung der Schwefelsäure durch die Färbung der Flamme.
d. N. Peschlitsch: Ueber den Transport der Viehherden. (Schluss.)

№ 303. **Klinitscheskaja Gaseta № 36.**
Inhalt: a) N. Ssimanowski: Einklemmung einer Dünndarmschlinge durch das gespannte und fixirte Gekröse. (Aus der Klinik des Prof. Botkin.)
b) T. Jankonwski: Ueber das Contagium der Diphtherie. (Schluss.)
c) W. Tschernow: Ueber Geschwüre und ihre Behandlung.
d) A. Shdanow: Ein Fall von Heilung eines cavernösen Tumors mittelst eintägiger Ligatur.

№ 304. **Wratschebnija Wedomosti. № 46.**
Inhalt: a) G. Gatschkowski: Therapeutische Bedeutung der Stickstoffinhalationen bei chron. Krankheiten der Athmungsorgane. (Schluss.)
b) E. F. Die Diphtherie-Epidemie in Kiew.

№ 305. **Wratschebnija Wedomosti. № 47.**
Inhalt: a) Landschaftsmedicin und Landschaftsärzte.
b) M. Frohnstein: Heilbarkeit der Larynxtuberculose.
c) M. Otschakowski: Hallucinatorische primäre Verrücktheit. (Aus der Klinik des Prof. Kowalewski.)

№ 306. **Wojenno-Sanitarnoje Djelo № 32.**
Inhalt: a) W. Radakow: Der Sanitätszustand des 11. Armeecorps. (Schluss.)

№ 307. A. Umiss: Material zur Erforschung der Diphtherie im Stawropol'schen Gouvernement. Die Diphtherie-Epidemie im Nowogrigorjewsk'schen und Alexandrowsk'schen Kreise im J. 1879—80. Tiflis 1881. 150 S.

№ 308. **Sitzungsprotokolle der kaukasischen medicinischen Gesellschaft.** 1881. № 5,
Inhalt: M. Reich: Einige Resultate der Untersuchung der Augen bei den Zöglingen des Tiflis'schen Milit.-Gymnasiums.

№ 309. **Sitzungsprotokolle der kaukasischen medicinischen Gesellschaft.** 1881. № 6.
Inhalt: a) A. Remmert: Ueber klimato-balneo-therapeutische Stationen im Kaukasus.
b) Prof. R. Virchow: Ueber die Bedeutung der klimatischen Curorte u. ihren Einfluss bei der Haemoptoë der Phthisiker.

№ 310. **Sitzungsprotokolle der kaukasischen medicinischen Gesellschaft.** 1881. № 7.
Inhalt: a) K. Sacharow: Untersuchungen der Sehschärfe bei den Schülern des II. Moskau'schen klassischen Gymnasiums.

№ 311. **Tageblatt der Gesellschaft Kasanscher Aerzte.** 1881. № 19.
Inhalt: a) L. Lewschin: Ueber die Fortschritte der Chirurgie in der letzten Zeit.
b) N. Ljubimow: Zur patholog. Anatomie des biliösen Typhoids.
c) J. Lwow: Material zur Erforschung des Kasan'schen Fiebers.

№ 312. **Tageblatt der Gesellschaft Kasanscher Aerzte № 20.**
Inhalt: a) L. Schlichting: Sanitätszustand der Dorfschulen im I. Bezirk des Kasan'schen Kreises.
b) Bericht über die Thätigkeit der Gesellsch. pro 1880/81.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

— Die Albuminurie im gesunden und kranken Zustande von Prof. H. Senator. Mit einer lithograph. Tafel. — Aug. Hirschwald, Berlin 1882.

— Monatsschrift für Ohrenheilkunde. № 11.

— Wiener Klinik. Heft 12. — M. Heitler: Joseph Skoda, eine historische Skizze. 1881.

— Ueber fünf Extractionen von Cysticercen aus dem Augapfel von Prof. H. Cohn. (Sep.-Abdr. aus der Bresl. ärztl. Zeitschrift № 23 und 24. 1881.)

— Paris médical № 49.

— Revista medica de Chile № 4.

— Cronica medico-quirurgica de la Habana № 11.

— Giornale internazionale delle scienze mediche № 8 und 9.

Protokolle des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 29. September 1881.

Dr. v. Holst theilt einen Fall aus seiner Praxis mit, in dem er heisse Vaginaldouchen mit Erfolg zur Cessirung eines bereits ziemlich weit vorgeschrittenen Aborts angewendet hat. (V. № 42 dieser Wochenschrift).

Dr. Fränkl legt der Versammlung vom Instrumentenmacher Leiter in Wien construirte Wärmeregulirungsapparate vor, die den Zweck haben das bei der therapeutischen Anwendung der Kälte häufig schwer zu beschaffende Eis und das, leider nur allzuoft unzuverlässige Wartepersonal in den Spitälern entbehrlich zu machen. Die bisher in Anwendung kommenden kalten Compressen, welche wenn sie wirklich als solche wirken sollen, häufig gewechselt werden müssen, und die, wie schon der Name sagt, für ihre Anwendung Eis fordernden Eisbeutel hat Leiter durch dünne, leicht biegsame, somit dem betreffenden Körpertheil leicht zu adaptirende Metallröhren zu ersetzen gesucht, die je nach dem Körpertheil, für welchen sie bestimmt, verschieden gewunden sind und mit einem gewöhnlichen Esmarch'schen Krug, der mit genau temperirtem Wasser gefüllt ist, in Verbindung gebracht werden. Das Lumen dieser Röhrenapparate ist nur so gross, dass ein Liter Flüssigkeit eine volle Stunde braucht, um dieselben zu durchlaufen, somit genügt um die betreffende Körperregion unter der gewünschten Temperatur zu halten. Diese Leiter'schen Röhren sind sehr billig (1 und 2 Gulden pro Stück) und sollen bereits in den Wiener Kliniken zu allgemeiner Zufriedenheit angewendet werden.

Dr. Maassmann legt der Gesellschaft die von Dr. Feldbausch in Strassburg angegebenen mit verschiedenen Medicamenten füllbaren Inhalationskapseln vor. Dieselben werden in die Nase eingeführt.

Dr. G. Tiling berichtet über eine von ihm wegen einer durch Carcinom gesetzten impermeablen Strictur im untersten Theile des Oesophagus ausgeführte Gastrostomie Patient starb an Inanition. Referent legt das Präparat der Versammlung vor. Die Mittheilung ist in № 49 d. Wochenschr. erschienen.

Dr. Kernig gedenkt in kurzen Worten der von ihm besuchten Naturforscherversammlung in Salzburg.

Dr. Amburger erwähnt der von ihm auf der Reise zum Londoner Internationalen Congress besuchten sanitären Stationen an der Ost- und Süd-Ost-Küste Englands, und spricht sich über dieselben sehr anerkennend aus. Secretär Dr. Lange.

Tagesereignisse.

— Am 14. November c. beging der Prof. der therapeutischen Facultätsklinik in Kasan, wirkl. Staatsrath Dr. N. Winogradow sein 25-jähriges Amtsjubiläum. W. ist für das nächste Quinquennium wiedergewählt worden. (Wr. Wed.)

— Prof. A. Rineck in Kijew ist von der medicinischen Facultät daselbst zum Director der chirurgischen Klinik an Stelle des emer. Professors Karawajew gewählt worden.

— Behufs beschleunigter Durchsicht des Prüfungs-Reglements für Aerzte ist bei der militär-medicinischen Academie eine neue Commission erwählt worden, bestehend aus den Professoren Dobroslawin (Vorsitzender), Sawarykin, Iwanowski, Kolomnin, Paschutin, Ssuschtschinski und Eichwald. (Wr.)

— In Shitomir ist Dr. Ludwig Koch an einer Herzkrankheit gestorben. Der Verstorbene war lange Zeit Arzt am dortigen Gymnasium und dem katholischen geistlichen Seminar und erfreute sich einer allgemeinen Beliebtheit.

— Louis Pasteur ist an Littré's Stelle zum Mitgliede der französischen Academie [1] ernannt worden. (D. m. Woch.)

— Der berühmte englische Chirurg Sir James Paget ist in Folge einer Blutvergiftung schwer erkrankt.

— Die Leitung der chirurgischen Klinik in Bonn ist nach Prof. Busch's Tode dessen erstem Assistenten, dem Privatdocenten Dr. Madelung, übertragen worden. Wie die «D. med. Wochenschr.» erfährt, hat Prof. Doutrelepont, die Vertretung, welche ihm zuerst angeboten worden, abgelehnt.

Miscellen.

— Eine interessante Rechtsfrage beschäftigt gegenwärtig die Strafkammer des Berliner Landgerichts. Es handelt sich darum, ob *die fälschliche Anfertigung eines ärztlichen Recepts* unter Beifügung des Namens eines praktischen Arztes, welches sodann vom Fälscher der Apotheke zur Bereitung der im Recept vorgeschriebenen Medicin überreicht wird, als *Urkundenfälschung* zu bestrafen sei. Der zu Grunde liegende Fall ist folgender: Eine junge Dame, welche an Morphiumsucht leidet, schrieb aus einem medicinischen Buche ein Recept zur Bereitung von Morphiumpulvern ab und unterzeichnete es mit dem Namen eines Berliner Arztes. In der Apotheke wurden auf Grund des Falsificats die Pulver angefertigt und der Dame übergeben. Die Fälschung gelangte jedoch bald darauf zur Kenntniss der Staatsanwaltschaft, welche die Einleitung des Strafverfahrens gegen die jugendliche Fälscherin beantragt hat. (A. med. C.-Z.)

[1] Nicht zu verwechseln mit der Ac. des sciences und der Ac. de médecine.

Personal-Nachrichten.

Amtliche.

— *Ernannt*: Staatsrath Dr. med. Hübner, Secretär der Petersburger ärztlichen Verwaltung — zum Chef des Quarantainebezirks von Theodosia; Staatsrath Dr. med. Slawjanski, Prof. extraord. der Kaiserlichen milit.-medicin. Academie und Verweser der weiblichen Abtheilung des klinischen Militärhospitals — zum Director des Wöchnerinnen-Asyls im Galeerenhafen, mit Belassung in seinen bisherigen Stellungen; Geheimrath Karawajew, Prof. emer. der Wladimir-Universität — zum Prof. ord. dieser Universität für das Katheder der operativen Chirurgie auf fünf Jahre, und Staatsrath Dr. med. Rineck, Prof. extraord. für das Katheder der theoretischen Chirurgie und Hospitalklinik an der Wladimir-Universität — zum Prof. extraord. für das Katheder der operativen Chirurgie nebst Facultätsklinik bei der nämlichen Universität.

— *Bestätigt:* Wirklicher Staatsrath Brodowski, Prof. ord. der Universität Warschau — als Decan der medicinischen Facultät dieser Universität auf drei Jahre. Dr. med. Münch, Prof. extraord. der Wladimir-Universität — als Prof. ord. für das Katheder der pathologischen Anatomie bei dieser Universität.

— *Verabschiedet: auf ihr Gesuch*: Dr. med. Grimm, Oberarzt des L.-G.-Jägerregiments, und Col.-Rath Iwanowski, stellvertretender Prosector der Kaiserlichen militär-medicinischen Academie.

Vacanzen.

— *Eine Landschaftsarztstelle* im Kreise *Belibei*, Gouvernement *Ufa*, ist vacant. Die Stelle steht ausschliesslich für Aerztinnen offen. Gehalt 1500 Rbl. jährlich. Qualificirte Bewerberinnen belieben ihre Gesuche unter Beifügung der nöthigen Documente dem Kreislandschaftsamte von Belibei zuzusenden.

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 13. December 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	713	300	1013
Alexander- «	452	154	606
Kalinkin- «	—	538	538
Peter-Paul- «	318	135	453
St. Marien-Magdalenen-Hospital	161	72	233
Marien-Hospital	287	251	538
Ausserstädtisches Hospital	215	222	437
Roshdestwensky-Hospital	46	39	85
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	347	148	495
6 zeitw. Hospitäler	897	152	1049
Ausschlags-Hospital	12	14	26
Summa der Civilhospitäler	3448	2025	5473
Nicolai-Kinder-Hospital	42	53	95
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	68	103	171
Elisabeth-Kinder-Hospital	31	31	62
Summa der Kinderhospitäler	141	187	328
Nicolai-Militär-Hospital	575	29	604
Ssemonow'sches Militär-Hospital	223	—	223
Kalinkin-Marine-Hospital	353	—	353
Gesammt-Summa	4740	2241	6981
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	1033	296	1329
Scarlatina	23	29	52
Variola	8	13	21
Venerische Krankheiten	814	533	1347

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 6. bis 13. December 1881 besucht von 2054 Kranken, darunter zum ersten Mal von 869.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs.

für die Woche vom 29. November bis 5. Dec. 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 564 (Todtgeborene 28). — Mortalität 42,3 p. M.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
309	225	564	118	30	90	14	12	17	64	67	48	40	30	22	9	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 9, Typh. abd. 17, Febris recurrens 8, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 5, Masern 4, Scharlach 10, Diphtheritis 21, Croup 5, Keuchhusten 4, Puerperalkrankheiten 5, Dysenterie 0, Thiergift 1, andere Infectionskrankheiten 14.

— Gehirnapoplexie 11, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 29, andere Gehirnkrankheiten 20, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 19, acute Entzündung der Athmungsorgane 63, Lungenschwindsucht 113, andere Krankheiten der Brusthöhle 11, Gastro intestinal-Krankheiten 88, andere Krankheiten der Bauchhöhle 19 Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 29, Marasmus senilis 26 Cachexia 15.

— Tod durch Zufall 4, Selbstmord 0, Mord 0.

— Andere Ursachen 12.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs.

für die Woche vom 6. bis 12. December 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 641 (Todtgeborene 21). — Mortalität 49,7 p. M.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50—59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
374	267	641	140	31	91	8	17	24	63	56	67	50	40	30	20	4

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 6, Typh. abd. 18, Febris recurrens 14, Typhus ohne Bestimmung der Form 3, Pocken 4, Masern 6, Scharlach 20, Diphtheritis 22, Croup 5, Keuchhusten 8, Puerperalkrankheiten 5, Dysenterie 2, Thiergift 0, andere Infectionskrankheiten 6.

— Gehirnapoplexie 21, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 29, andere Gehirnkrankheiten 23, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 21, acute Entzündung der Athmungsorgane 81, Lungenschwindsucht 88, andere Krankheiten der Brusthöhle 24, Gastrointestinal-Krankheiten 95, andere Krankheiten der Bauchhöhle 16, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 40, Marasmus senilis 38, Cachexia 22.

— Tod durch Zufall 5, Selbstmord 2, Mord 0.

— Andere Ursachen 17.

Nächste Sitzung d. deutschen ärztlichen Vereins, Montag den 11. Januar 1882.

Nächste Sitzung des allgem. Vereins St. Petersburger Aerzte, Dienstag den 22. December 1881.

St. Petersburger Zeitung.

156. Jahrgang. 1882. Erscheint **täglich** ohne

Redacteur und Herausgeber **P. v. Kügelgen.** Präventiv-Censur.

Die deutsche «St. Petersburger Zeitung» behandelt in der täglichen **Rundschau** und in **Leitartikeln** die neuesten politischen Ereignisse, folgt in **Original-Correspondenzen** aus dem In- und Auslande, sowie in der täglichen Berichterstattung sorgfältig und rasch der Zeitentwickelung, schildert mit Hilfe zahlreicher Reporter das **sociale Leben der Residenz** und bietet ausser dem feuilletonistischen **„Montagsblatt"**, ein möglichst mannigfaltiges **tägliches Feuilleton** (Novellen, Romane, gute Uebersetzungen, Literatur, Musik, deutsches, russisches, französisches Theater u. s. w.).

Der bedeutend erweiterte **wirthschaftliche Theil** enthält zwei Mal wöchentlich **besondere Beilagen**, in denen **Handel und Wandel, Landwirthschaft, Industrie** und **Technik** eingehende, unsere heimischen Verhältnisse berücksichtigende Bearbeitung finden. **Sämmtliche Publikationen der Reichsbank**, solide **Börsen-** und **Marktberichte** (u. A. auch besonders des St. Petersburger **Getreide-** und des **Spiritusmarkts**), Fondskalender, Handels- und Industrienachrichten aller Art, täglich aus guten Quellen geschöpft, empfehlen das Blatt dem Geschäftsmann.

Die deutsche «St. Petersburger Zeitung» wird im Jahre 1882 in besonderen Beilagen und ohne Abonnementserhöhung als einzige deutsche Zeitung sowohl die **gerichtlichen Bekanntmachungen** (судебныя объявленія) als die **amtlichen Bekanntmachungen** veröffentlichen.

Der ständig wachsende Leserkreis der Zeitung in den bestsituirten Kreisen der deutschen Gesellschaft, im Inlande wie im Auslande, ich ert den **Inseraten** eine weitreichende und nutzbringende Verbreitung.

Abonnementspreise:	St. Petersburg.	Russ. Reich.	Ausland.
¼ Jahr	R. 3. 75	R. 4. —	R. 5. —
½ »	» 7. —	» 7. 50	» 9. 50
¹/₁ »	» 13. —	» 14. —	» 18. —

Bestellungen auf **Abonnements** und **Annoncen** bittet man an die **Administration** der **„St. Petersburger Zeitung" Wosnessenskij-Prospekt Nr. 4** zu richten; zur Bequemlichkeit des geehrten Publikums nehmen aber auch fast alle Annoncen-Bureaus und Buchhandlungen des In- und Auslandes solche entgegen. 129 (1)

Prämiirt Lyon 1872, Wien 1873, Paris 1878 Silb. Medaille.

Saxlehner's Bitterquelle

Hunyadi János

durch **Liebig, Bunsen, Fresenius** analysirt, sowie erprobt und geschätzt von **medizinischen Autoritäten**, wie Botkin, Zdekauer, Bamberger, **Virchow, Hirsch**, Spiegelberg, Scanzoni, Buhl, **Nussbaum, Esmarch**, Kussmaul, Friedreich, **Schultze, Ebstein, Wunderlich** etc. verdient mit Recht als das

Vorzüglichste und Wirksamste aller Bitterwässer

empfohlen zu werden. — Niederlagen sind in allen soliden Mineralwasserhandlungen und den meisten Apotheken, doch wird gebeten stets ausdrücklich **Saxlehner's Bitterwasser** zu verlangen. 31 (9)

Der Besitzer: Andreas Saxlehner, Budapest.

Zwei gebrauchte transportable Apparate für den galvanischen Strom von Hirschmann in Berlin, sowie **eine neue galvanocaustische Batterie nebst Zubehör** von Trouvé in Paris werden billig verkauft: Katharinenkanal bei der Wosnessenskischen Brücke, Haus 79, Quartier 9, Eingang vom Kanal. Täglich, ausser Sonntags, von 12—1 und 6—7 Uhr. 141 (1)

OFENER

VICTORIA-BITTERWASSER

nach amtlichen Analysen und Gutachten der hervorragendsten Kliniker der Gegenwart das gehaltreichste und daher wirksamste unter allen existirenden Bitterwässern. Analysen von Prof. Roscoe (Manchester), Müntz (Paris), Ulex (Hamburg), Milicer (Warschau), Minder (Moskau).

		fixe Theile in 1000	schwefelsaure Magnesia
Victoria Bitterwasser	nach amtl. Analysen	58,05	32,38
Hunyadi Janos		41,73	18,44
Püllnaer		32,72	12,12
Friedrichshaller		25,29	5,15

Prof. Minder, Vorstand des Laboratoriums an der Kais. Universität Moskau: Ich habe das **Victoriabitterwasser genau untersucht und in 1000 Theilen 58,07 feste, darunter 32,96 schwefelsaure Magnesia** und 20,97 schwefelsaures Natron gefunden. — **Aus dem ergibt sich, dass das Ofener Victoriabitterwasser unter allen** bisher gekannten Bitterwässern das **reichste an wirksamen und heilkräftigen Substanzen ist.** —

Marienhospital, Moskau. Chefarzt **Dr. Sowatzki: Das Victoriabitterwasser habe ich in meiner Praxis als auch im Marienhospital** verwendet und selbst bei ganz kleinen Dosen rasche und ausgezeichnete Wirkung beobachtet. —

Normaldosis ½ Weinglas, jedoch **wird ersucht ausdrücklich Victoriabitterwasser** zu verlangen. — **Vorräthig in allen Droguerien und Apotheken St. Petersburgs und Russlands.** 138 (16)

122 SAINT-RAPHAËL (15)

Тоническое вино укрѣпляющее, болѣе полезно при малокровіи, чѣмъ желѣзистое и хинное, оно укрѣпляетъ молодыхъ дамъ, дѣтей и стариковъ, употребляется исключительно въ госпиталяхъ Парижа какъ укрѣпляющее, сохраняется по способу **Г-на Пастера. Вино С. Рафаель** очень пріятно на вкусъ. Пріемъ по стакану (отъ краснаго вина) послѣ всякаго пріема пищи.

На каждой бутылкѣ этикетъ
и капсюль съ подписью *St Raphaël*

Продается у Штоль и Шмидтъ, въ русскомъ фармацевтическомъ обществѣ, Вергольцъ, Рулковіусъ и Хольмъ, М. Юргенсъ, Брезинскій, К. Шпигель, Гафеске и Меркъ, Шапиро, Шасколскій, Ф. Раултъ, братьевъ Арабаджи, Елисѣевъ, Фейтъ и Ко. и въ главныхъ аптекахъ.

Складъ у владѣльца вина С. Рафаель, въ Валенсъ (Дромъ) Франція.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 18 Декабря 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh., Newskij-Prosp. № 5.

Der ABONNEMENTSPREIS der St. Petersb. Med. Wochenschrift beträgt pro Jahrgang mit Zustellung 8 Rbl. (fürs Ausland 22⅔ Mk.) — Inserate werd. 12 kop. (40 pfg.) für die gespalt. Petitzeile oder deren Raum berechnet. Bestell. übernehm. alle Buchhandl.

ST. PETERSBURGER

Beiträge sind womöglich direkt an den geschäftsführenden Redacteur Dr. L. v. Holst (St. Petersb., Evang. Hosp.) oder an die Verlagshandlung: Kaiserl. Hofbuchh. H. Schmitzdorff (Carl Röttger) Newsky-Prosp. № 5, einzusenden.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction

von Dr. E. MORITZ und Dr. L. v. HOLST in St. Petersburg,
Dr. WILH. KOCH in Dorpat.

Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (CARL RÖTTGER).

SECHSTER] [JAHRGANG

№ 52. St. Petersburg, 26. December (7. Jan. 1882) 1881.

Trepanation bei einem Falle intracranieller Blutung. Heilung.

Von

N. Weljaminow.

(Aus der chirurgischen Klinik von Dr. C. Reyher).

Der Bauer F. Stepanow, 31 Jahr alt, Kutscher, wurde wegen einer Kopfverletzung am 18. August c. in unserer Klinik aufgenommen. Beim Ausfragen des Kranken liess sich nichts in Erfahrung bringen, da er sich dessen nicht erinnern konnte, was mit ihm geschehen; nach den Aussagen der Begleiter war er auf einer steinernen Treppe gefallen, wo man ihn denn auch in bewusstlosem Zustande gefunden hatte. — Bei Besichtigung des Patienten am 19. August zeigte sich am Kopf, etwas unterhalb des linken Parietalhöckers, eine c. 1 Zoll lange Wunde mit unregelmässigen gerissenen Rändern. Theilweise war dieselbe mit einer Kruste bedeckt, unter welcher blutigseröse Flüssigkeit hervor sickerte. Dem Anschein nach geht die Wunde nicht bis auf den Knochen, die Haut in der Umgebung ist imbibirt und fühlt sich teigig an; hinter dem linken Ohr findet sich ein Blutextravasat. Beim Befühlen des Schädels lassen sich keinerlei Formveränderungen der Knochen nachweisen. Patient ist bei vollem Bewusstsein, versteht vollkommen was man mit ihm spricht, aber das Geschehene ist vollständig seinem Gedächtniss entschwunden, so weiss er z. B. nicht, was er vor dem Falle gethan und wie er gefallen ist, weder kennt er seinen Namen, noch sein Alter, sowie womit er sich beschäftigt hat, u. s. w.

Die Pupillen, von normaler Weite, reagiren gut auf Lichteindrücke, nirgends findet sich Anästhesie oder Lähmung. Die Temperatur beträgt 37,8°, der Puls 62 in der Minute, ist ziemlich voll, die Respiration gleichmässig, normal. Alle inneren Organe gesund.

Das Haupthaar wird abrasirt, die Wunde mit 8%-iger Chlorzinklösung ausgewaschen und mit Salicylwatte verbunden.

20. August (3. Tag): Patient ist sehr erregt, springt vom Bett, läuft herum, reisst sich den Verband ab, möchte davon laufen, aus dem Fenster springen u. s. w., spricht sehr viel und schnell, aber ohne Sinn, schimpft etc. *Puls 60*; Respiration und Temperatur normal.

21. August (4. Tag): Klagt über heftige Kopfschmerzen, verhält sich jedoch ruhig. *Puls 52.* Athmung und Temperatur normal. Abends Erbrechen.

22. August (5. Tag): Patient schläft beständig und ist nur mit Mühe aufzuwecken oder zum Antworten zu bewegen. Isst garnichts. Harn- und Stuhlentlerung unwillkürlich, werden ins Bett gemacht. *Puls 46.* Temperatur normal. Abends Erbrechen.

23. August (6. Tag): Der Sopor dauert fort. Die Wunde rein, vernarbt. *Puls 46.* Temperatur normal.

24. August (7. Tag): Coma. Der Kranke ist nicht zu erwecken, die Pupillen reagiren auf Lichteinwirkung, die linke jedoch grösser als die rechte. Dazwischen stellen sich in der rechten oberen Extremität und in den rechtseitigen grossen Brustmuskeln Zuckungen ein. Zähneknirschen. *Puls 44*, ziemlich schwach. Temperatur normal.

25. August (8. Tag): Derselbe Zustand, nur mit dem Unterschiede, dass die Respiration verlangsamt und Schnarchen eingetreten. *Puls 42*, sehr schwach. Da ich stellvertretend für den verreisten Dr. Reyher die Klinik leitete, entschloss ich mich zur *Trepanation des Schädels:* An der Stelle der Wunde machte ich einen Kreuzschnitt bis auf den Knochen, wobei sich herausstellte, dass die Wunde nur bis auf die Galea reichte. Nachdem ich die Weichtheile nebst Periost bei Seite geschoben, fand ich am Scheitelknochen eine sehr feine Fissur, die sich von der verletzten Stelle nach unten und vorn zum äusseren Gehörgang erstreckte. An der Stelle der Fissur durchbohrte ich den Knochen mit einer Trefine und entfernte ein entsprechendes Knochenstück. Die eine Hälfte der offenen Stelle zeigte auf der harten Hirnhaut liegende Blutcoagula, die sich unter dem vorderen unteren Knochenrand fortzusetzen schienen. Die andere Hälfte der Oeffnung präsentirte intacte harte Hirnhaut; von Pulsation des Gehirns war nichts wahrzunehmen (zugleich war der *Puls* auf *38 Schläge* in der Minute gesunken und fadenförmig geworden, die Athmung oberflächlich und sehr langsam). Die Coagula wurden entfernt und hierauf eine zweite Oeffnung im Schädel hergestellt, etwas nach unten und vorn von der ersten. Hier nun zeigte sich die Dura vollständig mit Blutgerinnsel bedeckt, die ebenfalls entfernt wurden, desgleichen die unter den Knochenrändern befindlichen, worauf die Wunde mit warmer 3 %-iger Carbollösung gewaschen und Drains hineingelegt wurden; darauf legte ich Nähte und einen antiseptischen *Wergverband* an. Gegen Ende der Operation erschien Pat. schon pulslos, die Extremitäten kühl. Subcutane Injectionen von Tinct. Moschi und Aether. Patient wird in ein stark gewärmtes Bett gelegt. Bald hob sich auch der Puls und nach 2 Stunden konnte ich schon *70 Schläge* in der Minute zählen, die Respiration wurde gleichmässig und normal, das Zähneknirschen, die Zuckungen und das Schnarchen schwanden, die Pupillen zeigten wieder gleiche Weite Abends war die Temperatur normal, der *Puls 68*, der comatöse Zustand dauert jedoch fort.

26. August (2. Tag nach der Operation): Die Temperatur normal, Morgens wie Abends *Puls 68*. Respiration gleichmässig, frei. Der Sopor dauert fort, jedoch ist es schon wieder möglich den Patienten zu wecken und zum Antworten zu bewegen, wenngleich dieses noch Schwierigkeiten bietet.

27. August (3. Tag nach der Operation): Die Temperatur 36,3° Morgens. *Puls 68—70*. Der Kranke schläft vorherrschend und antwortet mit Unlust, klagt jedoch über Kopfschmerzen.

28. August (4. Tag nach der Operation): Temperatur normal, *Puls 70*. Er schläft weniger, isst mit Appetit. Die Kopfschmerzen geringer und Pat. antwortet vernünftig.

29. August (5. Tag nach der Operation): Status idem, nur hat Pat. noch weniger geschlafen. *Verbandwechsel:* Die Wunde per primam verheilt. Durch die Drains hat sich nur wenig serös-blutige Flüssigkeit entleert, die Drains werden zur Hälfte verkürzt, die Nähte entfernt. Temperatur normal, *Puls 72*.

1. September (8. Tag nach der Operation): Patient bei vollem Bewusstsein. Die unwillkürliche Harnentleerung hat aufgehört, *Puls 70—74*.

2. September (9. Tag nach der Operation): *2. Verbandwechsel*. Fast gar kein Wundsecret. Die Drains entfernt. Allgemeinzustand vorzüglich, Pat. klagt nur über geringe Kopfschmerzen.

10. September. Pat. fängt an herumzugehen. Kein Kopfschmerz mehr. An den Operationsstellen kleine granulirende Flächen entsprechend den Stellen, wo die Drains gelegen.

15. September. Pat. wieder *gesund*.

27. September. Pat. wird als gesund und zur Fortsetzung seiner Beschäftigung geeignet entlassen.

Dieser soeben von mir beschriebene Fall ist sowohl durch das typische klinische Bild, wie auch durch seinen günstigen Ausgang bemerkenswerth.

Aus der Krankengeschichte ersehen wir, dass die Erscheinungen des Gehirndruckes erst am 3. Tage nach der Verletzung auftraten. Allerdings wurde gleich nach dem Falle Bewusstlosigkeit beobachtet, dieselbe schwand jedoch bald und hinterliess nur Verlust des Gedächtnisses. Es unterliegt keinem Zweifel, dass die eben erwähnten Symptome auf die Gehirnerschütterung zurückzuführen sind und von den am 3. Tage aufgetretenen zu unterscheiden sind. Die Existenz einer Periode, wo keine Hirndrucksymptome bemerkbar und das Erscheinen derselben erst nach einigen Tagen, dieses sind die charakteristischen Anzeichen einer intracraniellen Blutung, bei Abwesenheit einer klaffenden Schädelverletzung. Sehr scharf markirt sich in unserem Falle auch das Bild des allmälig zunehmenden Hirndruckes (compressio cerebri); zuerst zeigte sich das Stadium der Erregung, dann trat die Entwicklung des Sopor ein, der bis zu vollständigem comatösem Zustande stieg. *Besonders charakteristisch waren die Pulsverlangsamung* bis zu 40 und 39 Schlägen in der Minute, die Erweiterung der entsprechenden Pupille, die Lähmung der Sphincteren, die Zuckungen der der verletzten Seite entgegengesetzten oberen Extremität und der Brustmuskulatur und endlich die Verlangsamung des Respiration und das Schnarchen. Alle diese Symptome entwickelten sich in strenger Folge und waren so ausgeprägt, wie man es nur selten zu Gesicht bekommt. Es ist verständlich, dass wir, bei der Complicirtheit der Gehirnerscheinungen, bis zur Operation mit Bestimmtheit nur das Vorhandensein eines Gehirndruckes constatiren, und das Vorhandensein einer intracranieller Blutung nur als sehr wahrscheinlich hinstellen konnten. Nun, die Operation hat unsere Annahme vollkommen bestätigt. Das Vorhandensein von Blutgerinnseln zwischen Dura und dem Knochengerüst und die entschiedene Besserung des Zustandes des Kranken nach Entfernung der Blutmassen haben unzweifelhaft klargelegt, dass die Ursache der Erscheinungen des Gehirndruckes in der intracraniellen Blutung zu finden ist. Es ist freilich wahr, wir haben den Ausgangspunct der Blutung nicht auffinden können, wenn wir aber die Richtung der Fissur und die Lage der Blutgerinnsel in Betracht ziehen, so lässt sich unschwer daraus der Schluss ziehen, dass die Blutung aus einem der hinteren Zweige der Arteria meningea media stammte. Jedenfalls muss das verletzte Gefäss von kleinem Caliber gewesen sein, da die Symptome sonst mit grösserer Schnelligkeit eingetreten wären.

Was die Indicationen zur Trepanation in solchen Fällen anbetrifft, so verweisen wir darauf, dass Bergmann den operativen Eingriff für gerechtfertigt hält in allen Fällen,

wo wir positiv, wie auch in unserem Falle, eine stetige Zunahme der Erscheinungen des Gehirndruckes nachweisen können. Dass der Moment für die Operation richtig gewählt, dafür spricht der Umstand, dass wir nach Eröffnung der Schädelhöhle bereits keine Gehirnpulsation mehr vorfanden. Dieser Umstand, sowie die Schwäche und Verlangsamung der Respiration und des Pulses bezeugen, dass der Gehirndruck bereits ad maximum zugenommen und der tödtliche Ausgang, ohne operativen Eingriff, sich sicher voraussehen liess. Die schnelle Besserung nach der Operation, die Zunahme der Respiration und des Pulses, das Schwinden der Pupillarerweiterung, der Zuckungen und des Zähneknirschens und die allmälige Rückkehr des Bewusstseins Alles dieses zeigt, das der Zweck der Trepanation vollkommen erreicht worden.

In der anteantiseptischen Zeit verhielten die Chirurgen sich zur Trepanation in solchen Fällen sehr reservirt, da die Operation gewöhnlich eitrige Meningitis nach sich zog. Die Gefahr der septischen Meningitis war noch grösser in den Fällen, wo sich nach Eröffnung der Schädelhöhle frische Blutgerinnsel vorfanden, welche bekanntlich den günstigsten Boden zur Aufnahme septischer Infection bilden. In der Neuzeit, wo wir, Dank dem antiseptischen Verbande, über Mittel verfügen, die derartige septische Zersetzungen verhindern, sind die Indicationen zur Trepanation kühner und weitergehend geworden. So liess auch die Heilung der Operationswunde in unserem Falle nichts zu wünschen übrig.

Es bleibt uns noch zum Schluss übrig, einen Blick auf die Statistik der Trepanation in dem unsrigen analogen Fällen zu werfen. Nach Bergmann sind in der Literatur 99 Fälle von Blutungen aus der Art. meningea media (und wahrscheinlich auch ihrer Zweige) bekannt. Nur 16 davon sind geheilt worden, darunter 12, wo die Blutung einen Ausgang durch Schädelwunden fand, also *nur 4 mal handelte es sich um intracranielle Blutung.* Von diesen 4 Fällen ist bei 3 (Physick, Bird, Hueter) Trepanation gemacht worden. Somit würde mein Fall der 4. sein, wo bei intracranieller Blutung und nur wegen des Gehirndruckes die Trepanatiou mit Erfolg ausgeführt worden ist.

Ueber die Behandlung vereiterter Bubonen mit Berücksichtigung des Dauerverbandes.

Von

Dr. O. Petersen.

In dem kürzlich erschienenen Buche Prof. Kaposi's «Pathologie und Therapie der Syphilis» finden wir, da der Verfasser Unitarier, auch ein Kapitel über Ulcus molle, virulente Bubonen und deren Behandlung. Bezüglich Letzterer scheint es uns nun nicht ungeeignet einige Bemerkungen zu machen, da die Errungenschaften der letzten Jahre nicht vollständig Berücksichtigung gefunden, namentlich die Wundbehandlungsweise, umsomehr als mir gerade in den letzten Jahren in meiner Abtheilung des hiesigen Alexanderhospitals ein grösseres Beobachtungsmaterial Gelegenheit bot die verschiedenen Behandlungsweisen einer Prüfung zu unterziehen.

Wir finden bei Kaposi folgende Mittel hervorgehoben: Sobald Fluctuation bemerkt wird, macht man die *Punction*, allein oder mit nachfolgender Injection verschiedener Flüssigkeiten (z. B. Jodkali, Jodtinctur etc.). Ist die Eiterung vorgeschritten, so plaidirt K. für *Incision*, wobei er jedoch auf die Art der Nachbehandlung kein besonderes Gewicht legt. Wenn man sich jedoch davon überzeugt, dass unter der weit unterminirten, sonst gut erhaltenen Hautdecke in der Tiefe und Mitte der fluctuirenden Geschwulst ein derber, drüsiger, unebener Körper fühlbar, dann meint K. «wird die Eröffnung mittelst Schnittes kaum zweckmässig sein» und da empfiehlt er die *Wiener Aetzpasta* (Kali caustic. 10, Spirit. vini rectif. — 50, Calcar. caustic. — 10)[1]. — Des *scharfen Löffel's* erwähnt er nur ganz beiläufig (pag. 111) zur Entfernung von Drüsenresten.

Jodoform hält K. wegen seines hohen Preises und penetranten Geruchs für nicht gut verwendbar, auch veranlassen *Jodglycerin* und *Jodoformcollodium* (1 : 15) Dermatitis, Schwellung und heftiges Brennen. *Salicylpulver* meint K. wäre zu versuchen. Bei gangraenösen Bubonen hält er Alles für erfolglos und erwartet noch am meisten vom *continuirlichen Bade.*

Nun gerade was gangraenöse Bubonen betrifft, die mehrfach in unsere Abtheilungen traten und noch durch Scorbut complicirt waren, so haben wir gerade von Jodoform vorzügliche Resultate gesehen. Salicylsäurepulver wurde vielfach versucht, jedoch müssen wir uns gegen dasselbe aus sprechen, weil es sich sofort zu einer compacten Masse zusammenballt und den Eiterabfluss hindert. Auch müssen wir hervorheben, dass, obgleich Jodoformcollodium seit mehr als 3 Jahren in steter Anwendung bei uns, es nur gute Resultate gegeben hat und wir nicht über Reizung oder Brennen klagen hörten. Dagegen sahen wir mehrfach schon deutliche Fluctuation vollkommen schwinden.

Bezüglich der Jodoformbehandlung der Bubonen muss ich noch einer, in einer der neuesten Nummern der Berliner klinischen Wochenschrift (№ 39) erschienenen Arbeit von P. Güterbock gedenken. Derselbe hatte es, gerade wie es bei uns meist der Fall, mit vernachlässigten Bubonen der niederen Bevölkerung zu thun. Er exstirpirte die vereiterten Drüsen, liess darauf den scharfen Löffel wirken, spülte die Wundhöhle mit Carbol- oder 7½% Chlorzinklösung aus, schüttete in die Höhle Jodoform und stopfte sie dann mit Salicylwatte aus. Alle 2—3 Tage wurde der Verband gewechselt. Dabei sagt er ausdrücklich, er *hütete sich vor Anpressen der Wundflächen,* weil dann mehr Jodoform resorbirt würde.

Die Wiener Aetzpasta ist bei uns nicht verwandt worden, da ihre Application sehr schmerzhaft und umständlich und wie Kaposi selbst sagt, dabei eine «sachkundige Ueberwachung» des Kranken nöthig und dieses natürlich bei unseren gegenwärtigen Hospitalverhältnissen nicht vorhanden sein kann. Wohl aber hatte ich vor Kurzem Gelegenheit, einen Patienten zu sehen, bei dem von einem anderen Collegen die Aetzung vorgenommen worden, worauf der Kranke, ein kräftiger Gardeoffizier, vor Schmerzen einen Weinkrampf bekommen und nach 2 Tagen fand ich die ganze Umgebung des Schorfes stark entzündet und empfindlich.

Als ich vor drei Jahren die Abtheilung für venerische Männer im Alexanderhospital übernahm, boten gerade die Patienten mit vereiterten Bubonen ein besonders trauriges

[1] Kaposi, pag. 109.

Bild dar, schlaffe Granulationen mit dünnem Eiter bedeckt, in den Höhlen steckten Charpie-bourdonnets, die Kranken fieberten und die Krankheit zog sich endlos in die Länge und wurden Viele ein Opfer des Scorbutes. — Das energische Abschaffen des Verbandes mit Charpie dubiöser Herkunft und mit der berüchtigten Leinwand alter Hospitalwäsche (ветошь) gab gleich eine Besserung des Wundverlaufes, doch blieben die Schreckensgespenster, Erysipel, Typhus und Scorbut noch immer bestehen und sann ich daher auf Mittel und Wege, die Dauer des Hospitalaufenthaltes und damit die Gefahr der Infection während desselben zu vermindern. Um dieselbe Zeit erschienen die ersten Mittheilungen Neuber's über den *Dauerverband* und schien mir derselbe für unsere Verhältnisse von besonderer Bedeutung. Allerdings stösst er bei uns noch auf ein unüberwindliches Hinderniss — den Kostenpunct. Unser mehr als bescheidenes Budget hängt wie ein Damoklesschwert über unseren Häuptern und gehörte daher jeder lege artis anzulegende Dauerverband bis vor kurzem zu den Utopien, obgleich er ja eigentlich, genau betrachtet, eine Oekonomie sowohl für den Kranken als für das Hospital bietet, da durch die schnelle Heilung bald wieder neuen Kranken die Aufnahme möglich wird. — Bewilligt wurde uns nur Salicylwatte, Marly, Firnisspapier und Werg, und mit diesen Mitteln versuchten wir uns einen geeigneten Verband herzustellen und gelang es uns recht befriedigende Resultate zu erzielen. — Unsere Behandlungsweise der Bubonen ist nun folgende: Jeder entzündliche Bubo wird mit Jodoformcollodium bepinselt und mit einer compresse échauffante bedeckt. Vielfach genügt dieses und der Bubo verschwindet. Wenn er nun doch, wie dieses oft durch das unvernünftige Gebahren unserer Patienten, die nicht liegen wollen, in Eiterung übergeht oder die vorhandene Fluctuation nicht schwindet, so wird eine Incision gemacht und die Wundhöhle darauf mit dem scharfen Löffel ausgekratzt und mit 20% Carbollösung tüchtig ausgespült. Darauf wird die Wunde mit einigen Schichten Salicylwatte bedeckt und hierauf ein Faustgrosser, kugelförmig zusammengedrückter Wergballen darauf gesetzt, mit Firnisspapier bedeckt und mit Marlybinden so angepresst, dass er die Wundhöhlen-Wände an einander drückt. Fixation und Druck wurde mehrfach noch durch Pappschienen vermehrt. Die Patienten vertragen den Druck gut, bleiben fieberfrei und nach 1—3 Verbänden ist Alles verheilt. Es kommt mir dabei eben darauf an die Wundflächen der Abscesshöhle zur Verklebung zu bringen und ist es daher von grosser Wichtigkeit, den Wergballen genau der Höhle zu adaptiren und den Druck gleichmässig auszuüben. In einem Falle, wo dieses nicht der Fall gewesen, fand ich nach Abnahme des ersten Verbandes der *16 Tage* gelegen, die Wunde verheilt, nur an 2 Stellen der früheren Wundhöhle fand ich Kirschgrosse Abscesse, die ich von neuem spalten musste.

Im Ganzen habe ich 20 Patienten mit diesem Verbande behandelt. Bei 6 trat nach einem Verbande, der je 4—18 Tage gelegen hatte, Heilung ein, bei 6 waren je 2 Verbände nöthig die 4—19 Tage liegen blieben, bei 4 je 4 Verbände, bei 2 je 6 Verbände. Diese letzteren Fälle wiesen jedoch Complicationen mit Scorbut und Phthisis pulmonum auf. Durchschnittlich liess ich die Verbände 10—15 Tage liegen.

In den Jahren 1878—80 hatte ich 620 Fälle von Bubonen in Behandlung und stellte sich die Heilungsdauer

	1878	auf durchschnittlich	70—90 Tage
	1880	» »	47 »
beim Dauerverband	1881	» »	28 »

Somit ersehen wir, dass der Zweck, den Hospitalaufenthalt zu verkürzen, erreicht ist und scheint uns auch der elementare *Dauerdruckverband*, wie er bei uns angewandt wird, vor der Güterbock'schen Behandlungsweise eine kürzere Heilungszeit zu verlangen, denn Güterbock giebt die Dauer bis zur Heilung bei nicht complicirten Fällen auf 18—45 Tage, bei complicirten auf 53—62 Tage an, also wenn wir die Durchschnittszahl nehmen, so lagen die Kranken 44, im günstigsten Fall 33 Tage bis zur Heilung. Es scheint uns somit indicirt zu verlangen, dass man, wo es nur irgend durchführbar, zum Dauerverband greift und auf diesem Wege fortschreitend werden wir dahin gelangen, die geöffneten Bubonen ambulatorisch mit entsprechenden Fixationsapparaten behandeln zu können und die Masse der wegen vereiterter Bubonen im Spital Liegenden wird abnehmen, da sie mit entsprechendem Verbande ihrer Arbeit werden nachgehen können.

Referate.

O. Panizza: Ueber Myelin, Pigment und Epithelien im Sputum. (Deutsch. Arch. f. klin. Medicin XXVIII, 45.)

Von je her ist man bestrebt gewesen, im Sputum Lungenkranker Bestandtheile aufzufinden, welche für die bestehende Erkrankung charakteristisch sein und die Diagnose derselben schon zu einer Zeit ermöglichen sollten, wo die physikalischen Zeichen noch kein sicheres Resultat ergeben. Namentlich hat man die s. g. «Entzündungskugeln» oder die «pigmentirten Zellen» und die nicht pigmentirten grossen, runden granulirten «Körnchenzellen» sowie in neuerer Zeit das im Sputum vorkommende Myelin und gewisse Arten von Epithelien (Buhl) in dieser Beziehung verwerthen wollen. Verf. hat nun das Vorkommen dieser Gebilde im Sputum näher geprüft und ist zu folgenden Resultaten gekommen:

Abgesehen von den echten Pigmentzellen, deren Farbstoff wirklich aus dem Blute stammt, und die eigentlich blos bei der s. g. braunen Induration der Lungen beobachtet worden sind, beziehen alle übrigen im Sputum vorkommenden pigmentirten Zellen ihr Pigment aus der Athmungsluft. Das Pigment ist weiter nichts, als der im Laufe des Tages eingeathmete Kohlenstaub und Russ, welcher von den Körnchenzellen aufgenommen und mit ihnen zusammen im Sputum wieder aus den Luftwegen hinaus geschafft wird. Demgemäss lassen sich pigmentirte Rundzellen bei den meisten Menschen im Sputum nachweisen, welches des Morgens nach dem Erwachen aus der Nachtruhe herausgeräuspert zu werden pflegt; auch bei Personen mit massenhafterem schleimigem, oder schleimig-eiterigem Sputum pflegen diese pigmentirten Zellen nicht zu fehlen, nur sind sie hier wegen der massenhafteren Beimengung anderer Bestandtheile im Sputum nicht so leicht zu finden. Es muss also das Vorkommen von pigmentirten Rundzellen im Sputum als ein normales, mit dem unter modernen Lebensbedingungen unvermeidlichen Einathmen von Staub und Russ im Zusammenhang stehendes Vorkommen angesehen werden. Das Stroma dieser pigmentirten Zellen besteht aus einer feingranulirten Masse, deren glänzende Körnchen als Fett oder Myelin bezeichnet und für ein Product der regressiven, fettigen Metamorphose dieser Zellen angesehen worden sind.

Es kommen im Sputum aber auch unpigmentirte, grosse, granulirte Rundzellen vor, (die s. g. «Körnchenzellen» oder «Körnchenkugeln»), deren Zellinhalt gleichfalls aus Myelin besteht, wesshalb sie auch von Buhl als «myelin-degenerirte Zellen» bezeichnet worden sind. Sie unterscheiden sich von den pigmentirten Zellen nur dadurch, dass sie keine Russkörnchen in sich aufgenommen haben, sind aber wesentlich und genetisch mit ihnen identisch.

Endlich kommt in jedem Sputum das Myelin auch frei in Form kleinerer oder grösserer unregelmässig gestalteter, das Licht schwach brechender Tröpfchen vor. Diese s. g. «Myelinformen» entstehen durch den Zerfall der granulirten myelinhaltigen Körnchenzellen, indem die hierbei frei gewordenen Myelingranula zusammenfliessen und sich zu Tröpfchen vereinigen.

Wie sich aus dieser Darstellung ergiebt, kommen sowohl die Myelinzellen wie auch das freie Myelin im Sputum als normaler Bestandtheil vor und besitzen daher für den Kliniker ebenso wenig diagnostischen Werth wie die pigmentirten Zellen. Die entgegen-

gesetzten Behauptungen früherer Kliniker und namentlich Buhl's weist Verf. als unrichtig zurück.

Was die Herkunft der Myelinzellen anlangt, so hat Verf. durch Experimente an Hunden und durch directe mikroskopische Beobachtungen an der flimmernden Rachenschleimhaut von Fröschen nachgewiesen, dass dieselben aus den Becherzellen der Respirationsschleimhaut der Säugethiere und Amphibien ausgestossen werden und ein normales Product derselben sind. (Die nähere Beschreibung dieses Vorganges sowie die mikroskopischen Bilder vgl. im Original.) Nachdem die Myelinzellen auf die freie Oberfläche der Respirationsschleimhaut gelangt sind, nehmen sie die von aussen hierher gelangten Russpartikelchen durch amöboide Bewegung in sich auf, und verwandeln sich so in die bekannten pigmentirten Körnchenzellen.

Zum Schluss bespricht Verf. noch das von Buhl behauptete Vorkommen von proliferirten, bald fettig degenerirten, bald pigmentirten Alveolarepithelien im Sputum. Dass Alveolarepithelien im Auswurf vorkommen können, stellt er zwar nicht in Abrede, leugnet aber die Möglichkeit, derartig degenerirte Epithelien von anderen zelligen Producten des Respirationstractus zu unterscheiden und somit aus ihnen auf die Buhl'sche Desquamativpneumonie schliessen zu können. D—o.

P. Haensell: Experimentelle Untersuchungen über das Verhalten der Hornhautgrundsubstanz bei traumatischer Keratitis. (Graef. Archiv für Ophthalmogie. Bd. XXVII. Heft 2).

Nach einer gedrängt gehaltenen historischen Uebersicht der seit Schwann bis auf die Jetztzeit lautgewordenen Anschauungen über die Grundsubstanz im Bindegewebe und speciell der Cornea, bleibt Verfasser auf der von Stricker in seiner neuen Arbeit über «Zellen und Zwischensubstanz» (Sitzung d. math. naturwissenschaftlichen Klasse vom 4. Nov. 1880. K. Akademie d. Wissenschaften in Wien) niedergelegten Anschauung stehen. Diese lautet «die sogenannten Wanderzellen innerhalb der Substantia propria corneae sind — insoweit es durch die directe continuirliche Beobachtung constatirt werden konnte, weder Wanderzellen noch auch isolirte Zellen. Unter geeigneten Bedingungen kann man sich leicht davon überzeugen, dass Abschnitte ihres Leibes allmälig das Aussehen der Grundsubstanz annehmen, während sich andererseits aus der benachbarten Grundsubstanz neue Ansätze zum Zellkörper bilden. Die Grundsubstanz lässt unter geeigneten Bedingungen in ihrem Inneren ebenso lebhafte Verschiebungen der Masse erkennen wie das Innere amoeboider Zellen. Netzförmige Anordnungen, Fibrillen und andere Formen kommen und schwinden. Die Grundsubstanz und die Wanderzellen in derselben bilden eine zusammenhängende Masse, die je nach Umständen das Aussehen der Grundsubstanz oder das Aussehen der Wanderzellen annehmen kann. Eine wirkliche Wanderzelle wird ein Klümpchen dieser Masse erst, wenn es sich von seiner Umgebung abschnüren kann, was aber in der Substantia propria nicht zutrifft». Der zweite Theil der Arbeit enthält die vielfachen bisher über Entzündung der Cornea bekannt gewordenen Lehren, wobei Verfasser besonders auf die zwischen Cohnheim und seinen Schülern einerseits Stricker und Böttger andererseits bestehenden Differenzen eingeht. Mit der von Stricker (Wien med. Jahrbücher 1874 pag. 377 und Vorlesungen über allgem. u. spec. Pathologie, Wien 1878) begründeten Entzündungslehre, wonach, wenn ein Gewebe von einem Reize getroffen wird, es alle Veränderungen nur in rückläufiger Ordnung durchmacht, welche während des Embryonallebens zu seinem Aufbau geführt haben, und endlich wieder in dicht neben einanderliegende junge Zellen verwandelt wird, welche letzteren wie die Embryonalzellen die Eigenschaft besitzen sich nach den verschiedensten Richtungen zu entwickeln, erklärt sich Verfasser vollkommen einverstanden, indem er bei seinen Untersuchungen über das Verhalten der Grundsubstanz der Cornea bei traumatischer Keratitis dieselbe bestätigt gefunden haben will.

Als nächste Wirkung des Entzündungsreizes sieht Verfasser eine Vermehrung des Protoplasmas der fixen Hornhautkörperchen, somit eine Anschwellung des ganzen Zellennetzes der Hornhaut an. Gleichzeitig mit der Volumszunahme dieses protoplasmatischen Zellennetzes nimmt die Grundsubstanz an Masse ab, und erblickt Verfasser darin den Beweiss dafür, das letztere sich in ersteres umwandelt. Das auf diese Weise aus der Grundsubstanz neuhervorgegangene Protoplasma ist dem der praeexistirenden fixen Hornhautkörperchen histologisch völlig gleich und nimmt Verfasser, das neugebildete Protoplasma als embryonale Stufe der Grundsubstanz ansehend, auch in jenem eine Umwandlung in embryonales Protoplasma an. Gleichzeitig lässt H. *frei* in der Grundsubstanz Protoplasmaklümpchen entstehen, und identificirt diese mit den bisher als Wanderzellen beschriebenen Gebilden, ihnen vollkommene Gleichheit mit farblosen Blutzellen vindicirend. Den bei traumatischer Keratitis entstehenden Eiter lässt H. durch vielfache Theilung der einzelnen Protoplasmastücke durch eine aus dem Blute transsudirte Flüssigkeit sich bilden. Die Eiterkörperchen sind demnach nicht nur Theilungsprodukte der fixen Hornhautkörperchen sondern frei gewordene Stücke der durch Entzündungsprocess in embryonales Protoplasma verwandelten Grundsubstanz, und zwar zum grössten Theil.

Nachdem wir hiermit die Haensell'sche Arbeit, absichtlich dem Wortlaute derselben uns anlehnend referirt, können wir nicht umhin, einige Bemerkungen unserem Referate folgen zu lassen, welche Verfaser in Anbetracht seiner doch immerhin sehr auffälligen Angaben von jedem Referenten seiner Arbeit erwarten muss.

Erstens, die von H. in Anwendung gezogene Untersuchungsmethode betreffend. Zur Versilberung der Hornhaut bedient sich Verfasser eines mässig zugespitzten Lapisstiftes, mit dem er die ganze vordere Fläche der lebenden Hornhaut ein oder *zwei* Mal *energisch* überstreicht. wobei die Cornea eine dunkelgraue Farbe annehmen soll. In 15—20 Minuten soll die Wirkung des Lapisstiftes bis auf die Membrana Descemetii vorgedrungen sein. Jetzt, also nach 20 Minuten langer Aetzwirkung, wird die Cornea dem Versuchsthier ausgeschnitten und auf 24 Stunden in leicht mit Essigsäure angesäuertes Wasser gelegt, worauf hin dieselbe leicht in sehr feine Lamellen zerlegt werden kann, an welchen letzteren, wie Verfasser wörtlich sagt «keine Spur des von v. Recklinghausen angenommenen Saftkanalsystems erkannt werden kann». Damit glaubt H. das Recklinghausen'sche Kanalsystem als nicht existirend betrachten zu dürfen. — Uns, die wir uns auch einst, freilich nur Studiums halber mit dem feineren Bau der Cornea beschäftigt, und uns an schönen Injectionspräparaten von der Richtigkeit der v. Recklinghausen'schen Angaben, welche ja auch von Waldeyer bestätigt worden sind, überzeugt haben, will es scheinen als ob die vom Verfasser in Anwendung gezogene Versilberungsmethode nur sehr wenig geeignet sein dürfte den normalen Bau der Hornhaut erkennen zu lassen. H. sagt selbst, dass als erste Wirkung eines Entzündungsreizes, und als solchen möchten wir denn doch ein 1 bis 2-maliges energisches Bestreichen einer lebenden Cornea ansehen, ein Anschwellen des protoplasmatischen Zellennetzes zu beobachten ist. Dieses zugegeben, können wir wohl der Angabe H.'s, dass bei derartig behandelten Hornhäuten das Recklinghausen'sche Kanalsystem nicht erkannt werden kann, Glauben schenken, fühlen uns jedoch durch dieselbe in keiner Weise gezwungen an der Richtigkeit der von Recklinghausen'schen Angaben zu zweifeln. Die Hornhautkörperchen liegen bekanntlich nach den Angaben des ebengenannten Forschers wandständig in dem Saftkanalsystem; werden nun durch einen Reiz, wie ihn H. auf die von ihm untersuchten Hornhäute einwirken lässt die Hornhautkörperchen wesentlich vergrössert, so können wir uns wol denken, dass dieselben nun das ganze Canalsystem ausfüllen, wodurch letzteres als solches nicht mehr erkannt werden kann, können jedoch in keinem Falle deshalb die Existenz desselben in Zweifel ziehen oder gar, wie es Verfasser thut, dasselbe als nichtexistirend ad acta legen. Uns will es scheinen als ob die von H. zur Versilberung der Hornhaut in Anwendung gezogene Methode an dem nicht hoch genug anzuschlagenden Fehler der Artefactenbildung leidet und zwar in einem nicht geringfügigen Grade.

Weiterhin können wir es nicht unterlassen unser Bedauern darüber auszusprechen, dass Verfasser in seiner Arbeit der seinen Gegenstand recht nah tangirenden Angaben Kessler's über die Entwickelung der Cornea gar keine Erwähnung thut, und möchten wol glauben, dass wenn Verfasser die Angaben des genannten Forschers über seine Cornea propria berücksichtigt hätte, seiner Arbeit daraus mindestens kein Nachtheil erwachsen wäre. Endlich sei uns noch die Bemerkung gestattet, dass wir uns beim Lesen der Haensell'schen Arbeit des Gefühls nicht erwehren können, als wenn Verfasser sich auf Stricker's Entzündungstheorie stützend bei so manchen seiner Resultate mehr inductiv als deductiv zu Werke gegangen ist. Wir schliessen unsere Besprechung mit der Hoffnung und dem Wunsche vom Verfasser bald noch Weiteres und Genaueres über die von ihm geschilderten höchst interessanten Vorgänge bei der Entzündung der Hornhaut zu hören. Lange.

Max Strauch: Anatomische Untersuchungen über das Brustbein des Menschen. (Inaug.-Dissert. Dorpat 1881.)

Die Hauptresultate der Arbeit ergeben sich aus folgenden Sätzen:

1) Das Brustbein des Mannes ist im Allgemeinen länger als das des Weibes.

2) Die Länge des Brustbeins des Mannes schwankt in 60% der Fälle zwischen 20 und 23 Ctm., die des Brustbeins des Weibes in 66% der Fälle zwischen 18,5 und 21 Ctm. Der Längenunterschied zwischen männlichen und weiblichen Brustbeinen beträgt ungefähr 2 Ctm.

3) Die Längendifferenz zwischen dem Brustbeine des Mannes und dem des Weibes beruht in erster Linie auf der grösseren Länge des Corp. sterni insofern, als das Manubrium und der Process. xiphoid. jeder für sich beim Manne und beim Weibe fast gleich lang sind.

4) Der Geschlechtsunterschied des Brustbeins ist nicht am ganzen Knochen ausgesprochen, sondern beruht auf dem Verhältniss des Manubrium zum Corpus sterni; während am typisch männlichen Brustbeine die Länge des Manubrium sich zur Länge des Corpus sterni verhält wie 2,0 : 5,3 gestaltet sich dieses Verhältniss am Brustbein des Weibes wie 3,0 : 4,2.

Der ganze Eindruck, den das Brustbein des Mannes macht, ist ein schlanker, graciler, während das weibliche Brustbein eher plump aussieht. An.

Prof. H. Nothnagel (Jena): Die normal in den menschlichen Darmentleerungen vorkommenden niedersten (pflanzlichen) Organismen. (Zeitschr. f. klinische Medicin Bd. 3. Heft 2.)

1) Gewöhnliche Kugel- und Stäbchenbacterien finden sich in jeder menschlichen Darmentleerung in unschätzbaren Mengen. N. bestätigt die Behauptung Woodward's, dass ein erheblicher Massenantheil der normalen Fäces gerade durch diese Bacterien gebildet werde. Die Bacterien kommen einzeln, aber auch in Zooglöahaufen und in perlschnurartiger Aneinanderreihung vor, die Kugelbacterien zuweilen auch in sarcinaähnlicher Anordnung.

2) Bacillus subtilis kommt stets vor, und zwar sowohl die feinen Fäden des Pilzes selbst als auch die freien Sporen desselben.

3) Saccharomyces, Hefepilze, sind stets, aber meist nur in spärlichen Mengen vorhanden.

4) Bisher noch nicht beschrieben, aber fast nie in normalen, wie pathologischen Stühlen fehlend sind «durch Jod sich bläuende Organismen.» Es giebt ihrer mehrere Arten:

a) ein Pilz, welcher mit dem Clostridium butyricum von Prazmowski identisch zu sein scheint:

b) kleinste, bei sehr starker Vergrösserung eben noch sichtbare punkt- und stäbchenförmige Organismen. (Abbildungen siehe im Original.)

Alle diese Formen niederster Organismen haben keine pathologische Bedeutung und auch ihre physiologische Aufgabe ist noch nicht sicher zu stellen.

Die Kugel- und Stäbchenbacterien sind wohl für die Fäulnissvorgänge in den Faeces in Anspruch zu nehmen; der Hefepilz spielt vielleicht bei den Umsetzungen des Zuckers eine Rolle, vom Bacillus subtilis kennt man keine Wirkungen, das Clostridium scheint Buttersäuregährung hervorzurufen. Die Wirkungen der kleinsten, auf Jod sich bläuenden Organismen sind unbekannt. D—o.

Lindner: Ein merkwürdiger Fall von Phlebektasie. (Deutsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. XV, Heft 3 und 4.)

Pat. K. 42 J. alt stammt aus einer gesunden Familie, in der aber mehrere Glieder an Apoplexie gestorben. Pat. selbst ist gesund, nicht syphilitisch, robust gebaut, hat keinen eigentlichen Habitus apoplecticus, wohl aber breiten Hals und rothes Gesicht, ist im Trinken äusserst mässig. Seit 2—3 Monaten hat das Gesicht gedunsenes Aussehen, seit drei Wochen fühlt Pat. Blutandrang zum Kopf, Sausen im rechten Ohr, Schwindel beim Bücken und lästiges Brennen im Gesicht, im übrigen ist K. gesund. Am 11. Januar ist das Gesicht hochgradig cyanotisch, sehr gedunsen. Alle Erscheinungen rechts stärker als links. Die Venen der Brust sind ziemlich stark gefüllt und erweitert, an der vorderen Begrenzung der rechten Achselhöhle ein grosses Convolut stark varicöser Venen. Beiderseits treten die Jugulares externae als Bleifederdicke Stränge hervor, die rechte Supraclaviculargrube wird von einem Tumor eingenommen, der am hinteren Rande des Sternocleidomastoideus beginnt und fast bis zur hinteren Grenze der Grube reicht. Haut darüber unverändert, keine Pulsation sichtbar, etwa von der Mitte des Tumor kann man die erweiterte Jugularis ext. hinauf verfolgen. Keine Fluctuation, keine Pulsationen zu fühlen, bei tieferem Druck wohl aber der Carotispuls. Die Geschwulst lässt sich wegdrücken, wobei die Vene anschwillt und Sausen im Ohr entsteht, bei Nachlass des Drucks erscheint der Tumor sogleich wieder. Mit den Fingern kann man die Fortsetzung des Hohlraums weit in den Thorax hinein fühlen, der Hohlraum ist von glatten Wänden eingeschlossen. Die Auscultation kann kein Schwirren constatiren. Links ein ähnlicher, kaum halb so grosser Tumor. Am Herzen ist nicht die geringste Anomalie nachzuweisen. Verf. machte subcutane Ergotininjectionen, täglich eine halbe Spritze folgender Lösung: Extract. Secal. cornut. dialysat. 4,0, Acid. carbol. 1,0, Aqu. dest. 30,0. Nach 8 Tagen schwanden die subjectiven Beschwerden, nach einem Monat waren der Tumor an der Achsel und der auf der linken Seite noch eben nachzuweisen, der Tumor der rechten Seite ist als wallnussgrosser Hohlraum mit ziemlich dicken Wandungen zu erkennen. Verf. meint ein central gelegenes Hinderniss ausschliessen zu können wegen der Form der Erweiterung und des Sitzes derselben oberhalb der Klappe an der Ausmündung, welche durch chronische Entzündung verdickt leicht ein mühsames Abfliessen des Blutes bewirken könnte, endlich wegen des prompten therapeutischen Erfolges und nimmt als Grund der Erkrankung eine chronische Phlebitis resp. Endophlebitis an, welche sich hauptsächlich an den Klappen localisirt und wahrscheinlich auch die anliegenden Partien der Venenwand so verändert hat, dass sie schon einem mässigen Druck von Seiten des über der veränderten Klappe stauenden Blutes nachgaben und ektatisch wurden. T.

Chambers: Dehnung des Ischiadicus bei Tabes. (Maryland Med. Journ. Nov. 1881 pag. 289.)

53-jähriger Mann hat vor 3 Jahren an rheumatoiden kurzdauernden und anfallsweise auftretenden Schmerzen in den Beinen gelitten, dann traten sogen. gastrische Krisen auf; im Januar 1881 wurden die Schmerzen lancinirend und zeigten sich besonders in der linken Hüfte. Das Harnen wurde häufig und schmerzhaft, mit Wollustgefühlen verbunden, der Gang atactisch, die Beine schwach, das Stehen mit geschlossenen Augen sehr schwer, Amblyopie und Doppeltsehen, sowie leichte Myose am rechten Auge, die Pupillenreaction auf Licht und Atropin unvollständig, die Sensibilität besonders der Oberschenkel herabgesetzt, Patellar- und Plantarreflexe fehlend, Hautreflexe mangelnd, der Drucksinn herabgesetzt.

Da die durch 6 Monate hindurch fortgesetzte Behandlung mit Argent. nitric., Ergotin, Digitalis, Jodkalium und Elektricität ohne jegliches Resultat blieb, entschloss sich Ch. zur Dehnung des linken Ischiadicus. Er machte zu diesem Zwecke einen $3^1/_2$" langen Schnitt dem Verlaufe des Ischiadicus entsprechend an der Verbindungsstelle des 2. und letzten Drittels des Oberschenkels, und zog den blosgelegten Nerven mit dem hakenförmig gekrümmten Zeigefinger hervor. Dann dehnte er zuerst sehr kräftig das periphere, dann das centrale Stück des Nerven mehrmals mit kurzen Pausen, brachte ihn in seine Scheide zurück und verband die Wunde, welche nach 10 Tagen durch Granulation heilte, antiseptisch.

Das Resultat der Operation war ein sehr befriedigendes. Die Schmerzen verschwanden ganz, die Coordination war viel besser, die gastrischen Krisen leichter geworden, die Störungen der Sensibilität sowohl, als auch die des Sehvermögens bedeutend geringer, die Reflexe kehrten aber weder an der Haut noch an den Sehnen wieder. Die Besserung bezog sich auf beide Beine und bringt Verf. das Experiment Brown-Séquard's in Erinnerung, wo die Dehnung des Ischiadicus die durch halbseitige Trennung des Rückenmarks producirte Hemianästhesie verschwinden machte; wird der Schnitt in der Cervicalregion des Rückenmarks geführt, so restaurirt sich die Sensibilität nicht nur im Bereiche des gedehnten Ischiadicus, sondern auf der ganzen Korperhälfte. Ch. führt diese Thatsachen gegen Vogt an, welcher die Erfolge der Nervendehnung auf eine Trennung von Verwachsungen des Nerven mit der Scheide und daraus entspringender besserer Ernährungszustände des Nerven zurückführt. Hz.

H. Tillmanns: Ueber die Communicationen des Magen-Darmcanals mit der Brusthöhle und über subphrenische Kothabscesse. (Archiv für klin. Chirurgie. Bd. XXVI, Heft I.)

Nach Mittheilung eines von dem Verf. operirten und geheilten Falles von rechtsseitiger Brustkothfistel, bespricht Verf. an der Hand sehr vieler aus der Literatur gesammelter Fälle alle die Möglichkeiten, die eine Communication des Darmtractus mit den Höhlen des Brustkorbes herbeiführen können. Auf Reproduction aller Möglichkeiten zu solchen Communicationen, wie sie aus der gesammelten Casuistik hervorgehen, muss hier verzichtet werden und mögen hier nur Platz finden die erwähnte Krankengeschichte und einige interessante Ausführungen des Verfassers. A. K., 15 Jahre alt, klein und schwächlich, sonst aber stets gesund, wurde am 9. Juni 1880 von einem Gefährten unter den Armen gefasst und hin- und hergeschwenkt. Pat. bekam nach einem reichlichen Mittagessen 2 Mal Erbrechen, und klagte über Schmerzen in der Lebergegend. Dieser Schmerz wurde heftiger, am 12. Juni lag Pat. stöhnend im Bett, dabei Temperatur mässig erhöht, Puls frequent, Zunge belegt, Appetit gering, Durst, seit drei Tagen kein Stuhl, kein Erbrechen mehr nach dem ersten Tage. Das rechte Hypochondrium wie seitliche Lebergegend sehr empfindlich, am empfindlichsten ist die Gegend zwischen Crista ilei und Leberdämpfung, Abdomen, Pleura, Lunge und Herz zeigen sonst keine Abnormität. Nach Ricinus am 12., 13. und 14. Juni reichlicher Stuhl, worauf Pat. sich wohler fühlt. Am 17. und 18. Juni hinten seitlich etwas Exsudat in der rechten Pleura. Bei Horizontallage zwischen Lungenschall und Leberdämpfung, nach innen unten von der Brustwarze eine scharf abgegrenzte Thalergrosse Stelle mit hell tympanitischem Schall, Athmungsgeräusch daselbst schwach, der Athem riecht etwas nach Koth. Am 23. Juni, zwei Stunden nach reichlichem Mittagessen plötzlich heftiger Schmerz in der rechten Brust- und Bauchseite, höchste Athemnoth. Abends: Exsudat bis zur Clavicula, starke Oppression, Collaps, zwischen 2. bis 4. Intercostalraum rechts eine 3 Ctm. breite tympanitische Zone längs des rechten Sternalrandes verlaufend, sonst absolute Dämpfung der ganzen rechten Thoraxhälfte. Kein Athmungsgeräusch; die Haut über der rechten Thoraxseite ödematös, das Abdomen ganz frei, starkes Fieber. Mittelst Troicart wird ca. 1 Seidel voll dünneitriger, grünlicher Flüssigkeit entleert, welche äusserst fäculent riecht. Die mikroskopische Untersuchung zeigte neben feinem Detritus, Eiterzellen, Fetttropfen auch ein Stärkemehlkorn, Bindegewebsfasern und Faserbündel, welche leeren Muskelschläuchen glichen. Am 25. Juni wurde der Verf. hinzugerufen und machte die Thoracotomie mit nachfolgender Drainage. Pat. besserte sich; es wurden später noch mehrmals unzweifelhafte Speisebestandtheile nachgewiesen, die wenig verdaut waren. Die Kothfistel nach der Pleura schien Ende Juli oder Anfang August definitiv geschlossen. Den 14. August wurde das Drain weggelassen, Pat. ist geheilt und hat keinerlei Beschwerden. Nach den Contentis glaubt Verf. die Perforation nicht in der Flexura colica dextra, sondern im Duodenum suchen zu müssen und zwar hier im unteren Querstück des Duodenums, da das obere und mittlere leicht beweglich sind, das untere aber stark fixirt ist durch den Treitz'schen Muskel, welcher breit am oberen Rand des unteren Querstücks des Duodenums angeheftet ist und strangförmig verschmälert in eine sehr elastische, federnde Sehnenplatte übergeht, die das Ganglion semilunare überdeckt und am Hiatus aorticus mit den Muskelgängen des Zwerchfells in Verbindung tritt. Sei nun ein Abreissen dieser Partie oder ein Duodenal-

geschwür die Ursache, wahrscheinlich entstand ein Kothabscess, der seinen Weg durch das nachgiebige Bindegewebe der Leberpforte oder an der hinteren Bauchwand entlang nahm. Es entstand ein intra- oder extraperitonäaler subphrenischer Kothabscess, der schliesslich das Zwerchfell perforirte. Endlich wäre noch die Entstehung durch einen brandigen Zwerchfellsbruch denkbar. Verf. weist darauf hin, dass es am Diaphragma zwei besonders schwache Stellen giebt, die einer solchen Perforation des Abscesses günstig sind. Zwischen dem vertebralen und costalen Ursprung des Zwerchfells ist eine dünne Muskelplatte, die ungemein wenig Widerstand leistet, ebenso zwischen dem sternalen und costalen Ursprung. Um eine Vorstellung zu gewinnen darüber, welchen Weg Perforationen aus Proc. vermiformis, Flexura col. oder aus dem Duodenum zur Pleura nehmen können, hat Verf. an Leichen von den genannten Darmtheilen aus mit Sonden Durchstechungen nach dem Zwerchfell gemacht. Von Duodenum und Flex. col. aus nehmen die Sonden ihren Weg durch das hinter der Leber gelegene, nachgiebige Bindegewebe zum unteren Theil der Pleura und zwar durch die erwähnte dünne Muskelplatte. Diese ist so dünn, dass Pleura und Peritonäum sich fast berühren, woher denn auch diese Stelle leicht Zwerchfellshernien entstehen lässt, wie das besonders hübsch ein Präparat zeigt, das der Verf. beschreibt. Es hatte sich zwischen dem Peritonäal- und Pleurablatt hier ein Lipom gebildet, das zur Brusthöhle hin gewachsen war und durch Anziehen des Peritonäums nach der Brusthöhle hin eine Art von Bruchsack gebildet hatte, wie das ja bei Entstehung von Leisten- und Schenkelbrüchen öfters beobachtet wird. Gewöhnlich ist diese schwache Partie des Zwerchfells durch das Anliegen von Leber oder Niere gedeckt. Gerade dieses Verhältniss erklärt aber auch, warum nach eitriger Nephritis oder Paranephritis so rasch zunehmende Pleuraexsudate gesehen werden.

T.

Bücher-Anzeigen und Besprechungen.

Bericht des Medicinal-Departements für das Jahr 1879. (Отчетъ Медицинскаго Департамента). (St. Petersburg 1881. gr. 8°. Russisch.)

Der uns vorliegende umfangreiche Bericht des Medicinaldepartements behandelt auf 294 Seiten und XX Tabellen eingehend die sanitären Verhältnisse des russischen Reiches im Jahre 1879 und würde in allen seinen Theilen ein treues Bild derselben geben, wenn nicht die Berichte der Medicinalverwaltungen, welche diesem Berichte zu Grunde gelegt sind, zum Theil unvollständig wären, manchmal aber auch ganz fehlten. Immerhin bietet der Bericht eine Fülle von interessanten Daten, dass es sich wohl lohnt, auf dieselben hier näher einzugehen. Ungern vermissen wir diesmal die den Berichten früherer Jahre beigegebenen nosogeographischen Karten, welche die Verbreitung der Infectionskrankheiten im Reiche bequem veranschaulichten.

Das erste Capitel des Berichts enthält Nachrichten über den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Aus der diesem Capitel beigefügten Tabelle geht hervor, dass die *mittlere Sterblichkeit* im Jahre 1879 bei einer Bevölkerung von c. 81 Millionen 3,69%, die Zahl der Geburten aber 4,88% betrug. Die genauesten Sterblichkeitsregister werden, wie der Bericht hervorhebt, in den beiden Residenzen und in der Stadt Grodno geführt. In St. Petersburg kamen im J. 1879 bei einer Einwohnerzahl von c. 700,000 — 26,673 [1]) Sterbefälle (excl. 1,276 Todtgeborene) vor. Die durchschnittliche Sterblichkeit für das Jahr betrug 38,1 pro mille der Einwohnerzahl. Unter den Verstorbenen waren 9,781 Kinder unter 5 Jahren (6,212 unter einem Jahre), 1,740 standen im Alter von 60—69 Jahren, 1,100 im Alter von 70—79 Jahren und 438 waren 80 Jahr und älter geworden. Die häufigste Todesursache bildeten Krankheiten der Athmungsorgane und zwar Lungenschwindsucht in 4,554 und acute Entzündungen der Athmungsorgane in 3,158 Fällen, sodann folgen Gastro-intestinal-Krankheiten mit 3,978, Typhus mit 1,923, Entzündungen des Gehirns und seiner Häute 1,197, Pocken 1,191, Gehirnapoplexie mit 565 Fällen u. s. w. Selbstmorde kamen 102 und Morde 6 vor.

In Moskau starben von den c. 602,000 Einwohnern im Berichtsjahre 22,826 [2]) (excl. 962 Todtgeborene), d. i. 37,9 pro mille. Fast die Hälfte aller Todesfälle, nämlich 10,955, kommt in Moskau auf Kinder unter 5 Jahren. Von 1000 Einwohnern männlichen Geschlechts starben 35,5, von ebensoviel weiblichen Geschlechts 41,36; von 1000 Kindern unter 5 Jahren starben 326,07. In den Säuglingsabtheilungen des Moskauer Findelhauses starben allein 4,215 Kinder. Die meisten Todesfälle kamen in Moskau ebenfalls auf Krankheiten der Athmungsorgane (Lungenschwindsucht 3,127, acute Entzündungen derselben 2,647 Fälle), Magen-Darm-Katarrh (4,188 Fälle), Typhus (917 Fälle). Selbstmorde kamen 54 und Morde 10 vor.

Einen Einblick in den Gesundheitszustand der Bevölkerung des Reiches gewähren auch die Ermittelungen der Wehrpflichtcommissionen. Es erwies sich bei der Aushebung im J. 1879, dass von 1,568,315 Knaben, welche im J. 1858 geboren waren, nach 20 Jahren, im J. 1879 nur noch 750,622 am Leben geblieben waren. Von diesen wurden 272,974 in den Wehrpflichtcommissionen ärztlich untersucht, wobei sich herausstellte, dass unter ihnen 58,824, also 21,5% wegen körperlicher Gebrechen und chronischer Krankheiten untauglich waren. Man kann also annehmen, dass von allen 1,568,31 im J. 1858 geborenen Knaben 47% das 21. Lebensjahr erreichten, und nur 37,6% gesund blieben.

Was den *Einfluss der Infectionskrankheiten* auf die Volksgesundheit anbetrifft, so kommt in den 65 Gouvernements, auf welche der Bericht sich erstreckt, die grösste Zahl der Todesfälle auf die Diphtherie (33,815) und Pocken (25,574), die grösste Zahl der Erkrankungen aber auf Syphilis (169,117 Fälle), dann Typhus (89,251), Pocken (89,156), Diphtherie (83,275).

Die *Pocken* traten im J. 1879 heftiger auf als in den vorhergehenden 5 Jahren, namentlich in den am mittleren und untern Laufe der Wolga belegenen Gouvernements. Von 89,156 Erkrankten starben 25,574, d. i. 28,4%. In Petersburg kamen 1180 Todesfälle an Pocken vor. Interessant ist die Beobachtung, dass die Pocken bei den Schafen am häufigsten in den Gouvernements vorkommen, in welchen die Bevölkerung von Pockenepidemien am meisten heimgesucht wird. So sind in den südöstlichen Steppen Sibiriens Pocken-Epidemien und Epizootien eine fast beständige Calamität der Nomadenstämme und ihrer Schafherden. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass die mit Pockengift inficirten Felle und Wolle der Schafe oft an sehr entfernten Orten, in welche sie versandt werden, die Ursache der Entstehung von Pocken-Epidemien und Epizootien abgeben.

Vom *Scharlach* hatten am meisten die Ostseeprovinzen zu leiden, namentlich Livland, wo von 1790 Erkrankten 202 starben und Kurland, wo auf 550 Erkrankungen 30 Todesfälle kamen. In Petersburg starben 320 Pers. an Scharlach. Die Gesammtzahl der Scharlachkranken im Reiche betrug 22,242, von denen 4,971, also 22,3% starben.

Die *Diphtherie* breitet sich, wie aus den Berichten für die 4 vorhergehenden Jahre zu ersehen ist, unaufhaltsam weiter aus.

Im J. 1877	erkrankten 46,136,	starben	18,698	(40,5%)
» 1878	» 63,613	»	23,412	(39,9%)
» 1879	» 83,275	»	33,815	(40,2%)

Am ärgsten wüthete die Epidemie im Charkow'schen Gouv., wo 20,061 Pers. erkrankten und 6,997 starben, sowie im Poltawa'schen, wo von 15,762 Erkrankten 6,703 starben, nächstdem im Podol'schen, Kijew'schen, Tschernigow'schen, Bessarabischen Gouvernement. In St. Petersburg überstieg die Zahl der Erkrankungen nicht viel die gewöhnliche Zahl. Todesfälle an Diphtherie kamen hier 358 vor.

An *Masern* erkrankten und starben im Berichtsjahre im Allgemeinen weniger als in den beiden vorhergehenden Jahren. Im Ganzen starben von 20,072 Erkrankten 2,244 d. i. 11%.

Eine epidemische Verbreitung des *Keuchhustens* wurde im Olonez'schen, Wologda'schen, Tula'schen und Charkow'schen Gouvernement beobachtet, in welchem letzteren 3,533 Erkrankungen mit 218 Todesfällen vorkamen. In Livland, wo der Keuchhusten schon seit 1875 herrscht, konnte eine allmälige Abnahme desselben constatirt werden. Von 1,119 Erkrankten starben dort 31 (im J. 1877 von 3,098 — 104).

Am *Typhus* erkrankten	1879 — 89,251	starben	8,694	(9,7%)
	1878 — 85,050	»	9,558	(11,2%)
	1877 — 45,629	»	5,394	(11,7%)

Aus diesen Zahlen ist ersichtlich, dass im Jahre 1879 die Zahl der Typhuskranken nicht geringer war als im Jahre vorher, obschon der Krieg aufgehört hatte und die Civilhospitäler nicht mehr so beengt waren durch türkische Gefangene und Soldaten. Die Erfahrung des vorhergehenden Jahres scheint nicht spurlos an der Hospitalverwaltung vorübergegangen zu sein, was man daraus schliessen kann, dass, ungeachtet der Ueberfüllung der Hospitäler mit Typhuskranken, Fälle von Infectionen der Aerzte und des Dienstpersonals seltener als früher vorkamen.

Die meisten Erkrankungen am Typhus kamen in St. Petersburg (10,000), sodann im Charkow'schen Gouv. (8,413), in Moskau (6,486[1]), im Perm'schen Gouv. (4,779), Petersburger Gouv. (4,395) u. s. w. vor. Die grösste Zahl der Erkrankungen kommt auf den Flecktyphus (mit 11,9% Mortalität), dann folgt der Abdominaltyphus (17,4% Mort.) und die wenigsten Erkrankungen kamen an Recurrens (8,1% Mort.) vor. In St. Petersburg war die vorherrschende Form der Abdominaltyphus (869 Todesfälle), die 2. Stelle nahm Recurrens (353 Todesf.) ein, am Typh. exanth. starben 288. Livland weist ebenfalls eine grosse Zahl von Typhuskranken auf (2,396 mit 195 Todesfällen c. 8% Mort.), wovon mehr als die Hälfte auf die Stadt Riga kommt, welche immer der Hauptherd des Typhus in dieser Provinz gewesen ist. Von Recurrens kamen dort nur 5 Fälle vor. In Dorpat herrschte der Abdominaltyphus seit dem Jahre vorher und verbreitete sich epidemisch im Januar und Februar namentlich unter der ärmeren Bevölkerung, die in engen und feuchten Wohnungen lebt.

Von *Milzbrand* kamen die meisten Fälle im Charkow'schen Gouv. vor (bei 189 Pers. 28 Todesf.), dann im Petrikau'schen (63 mit 10 Todesf.), Kurland (34 mit 2 Todesf.), St. Petersburg (27 mit 9 Todesf.). Die *Dysenterie* verursachte 3,284 Todesfälle unter einer Zahl von 23,865 Kranken (13,7%). Am stärksten herrschte sie in Livland (3,943 mit 638 Todesf.) und zwar epidemisch im Werro'schen Kreise, wo 3,096 Pers. erkrankten, von denen 606 starben.

Der *Pest* im Astrachan'schen Gouvernement ist ein grösserer Abschnitt (58 S.) gewidmet. Wir glauben von einer Mittheilung der in diesem Abschnitt enthaltenen Beschreibung sämmtlicher gegen dieselbe ergriffenen Maassregeln, die Thätigkeit der Sanitätscommis-

[1]) 15,696 männl., 10,977 weibl. Geschlechts.

[2]) 12,570 männl., 10,256 weibl. Geschlechts.

[1] In den Hospitälern behandelte.

sion u. s. w. absehen zu können, da wir seiner Zeit in dieser Wochenschrift eingehende Berichte über dieselben gebracht haben.

Die *Syphilis* weist auch in diesem Berichtsjahre eine Zunahme gegen früher auf. Die Gesammtzahl der venerischen Kranken, welche in ärztliche Behandlung kamen, betrug 170,000. In den Hospitälern des Civilressorts nahmen diese Kranken beständig im Durchschnitt 30,000 oder 55,5 % aller vorhandenen Betten ein. In anderen Heilanstalten und in der Privatpraxis der Aerzte befanden sich im Laufe des Jahres täglich durchschnittlich 50,000 venerische Kranke in Behandlung. Zum 1. Januar 1879 betrug die Zahl aller Prostituirten 28,651, im Laufe des Jahres schieden 13,227 aus und wurden 18,459 neu in die Register eingetragen. 18,837 Frauenzimmer wurden der geheimen Prostitution überführt. Von allen 59,337 Prostituirten, welche zu verschiedenen Zeiten des Jahres in den Registern der medicinisch-polizeilichen Comités verzeichnet waren, wurden 11,377 oder 19 % wegen Syphilis in die Hospitäler abgefertigt. Von den in Bordellen wohnenden 7433 Prostituirten wurde bei 6,615 oder 88,9 % Syphilis gefunden, unter den 15,319 einzeln lebenden erwiesen sich 4,762 oder 31 % als syphilitisch inficirt und unter den 18,837 der geheimen Prostitution Ueberführten 2,814 oder 14,9 %. Die Zahl der einzeln lebenden Prostituirten ist noch einmal so gross als der Personalbestand der Bordelle. In Nishni-Nowgorod, wo während der grossen Messe eine strenge ärztliche Untersuchung der Prostituirten stattfindet, wurden von 738 Prostituirten 169 oder 22,9 % inficirt gefunden.

Aus dem die Invasionskrankheiten behandelnden Abschnitte heben wir hervor, dass die *Trichinose* in dem Datschenorte Schuwalowo in 4 Familien an 12 Personen beobachtet wurde nach dem Genuss von Schinken und Wurst, welche ein Händler den Datschenbewohnern lieferte. In Petersburg wurden 3 Personen, darunter Prof. Tschudnowski, von der Trichinose befallen in Folge Genusses von Schinken und anderem Schweinefleisch, das in Wurstbuden der Residenz gekauft war.

Unter den endemischen Krankheiten nimmt die *Malaria* die erste Stelle ein. Es erkrankten an derselben im Ganzen 140,699 Personen, von denen 303 (0,21 %) starben. Die meisten Erkrankungen weisen das Charkowsche (43,525), Wjatkasche (22,677) und Bessarabische Gouvernement (16,088) auf.

Das II. speciell medicinische Capitel beschäftigt sich mit dem medicinischen Personal, den Krankenanstalten, Apotheken u. s. w. Nach den Berichten der Medicinalverwaltungen nahmen im J. 1879 4,753,220 Kranke oder 5,8 % der Gesammtbevölkerung Rath und Hülfe der Aerzte in Anspruch, — 377,890 (0,7 %) mehr als 1878. Auf jeden von den 4,227 Aerzten, die in den Berichten der Medicinal-Verwaltungen in Betracht kommen, entfallen mehr als 1000 Kranke. Krankenanstalten des Civilressorts existirten 2010; ausserdem 590 Heilanstalten, die anderen Ressorts, Gesellschaften oder Privatpersonen gehörten. In den ersteren befanden sich 54,000 Betten, d. i. 1 Bett auf 1480 Einwohner. Wegen Raummangels in den Hospitälern mussten in St. Petersburg 4,023 Kranke und in Moskau 5,590 abgewiesen werden. Die grösste Zahl der Kranken in den Hospitälern litt an folgenden Krankheiten: Intermittens 77,455, venerische Krankheiten 71,768, Typhus 40,481, Rheumatismus 29,727, Pneumonia und Pleuritis 24,655. Die Mortalität in den Hospitälern betrug 7,7 %, um 0,9 % weniger als im Jahre vorher. Die grösste Zahl der Todesfälle in den Hospitälern kam auf: Tuberculose 7,708, Croup und Diphtherie 7,551, Entzündungen der Lunge, des Herzens und der Gefässe 4,720, Marasmus und Gangrän 2,499, Hydrops 1,406, organ. Krankheiten der Athmungswerkzeuge 1,269, Pocken 1,100.

Die Zahl der Aerzte betrug zu Ende 1879 13,515, darunter 2,022 Doctoren der Medicin. Im Laufe des Jahres kamen 714 Aerzte und Doctoren hinzu. Etatmässige Stellen gab es 2,059, darunter Kreisärzte 685, Stadt- und Polizeiärzte 672 und in den Medicinalverwaltungen 143.

Medicinische Gesellschaften gab es 73; die älteste ist die Gesellschaft praktischer Aerzte in Mitau, gegründet im J. 1840. Medicinische Zeitschriften existirten 9, darunter je eine in deutscher und polnischer Sprache. Die Zahl der den Gouv.-Med.-Verwaltungen unterstellten Feldscheerer betrug mehr als 6,000, die der Hebammen mehr als 3,000. Feldscheererschulen existirten 33, Hebammenschulen 23.

Apotheken mit dem Recht des freien Verkaufes von Arzneien gab es 1,668, ausserdem im Kaukasus und im Gebiet der Donischen Kosaken 57. Von den 1,668 Apotheken befanden sich 401 in den Residenzen und Gouvernementsstädten und 1267 in Kreisstädten und Flecken. Auf 48,000 Einwohner kommt 1 Apotheke, die Zahl der Recepte betrug 10,075,175; — 432,965 mehr als im J. 1878. Der Gesammtumsatz belief sich annähernd auf 8,602,430 Rbl. Der Durchschnittspreis eines Receptes war gegen 50 Kop.[1] Die grösste Zahl der Recepte verabfolgte die Ferrein'sche Apotheke in Moskau (183,722 Nummern), sodann die Jürgens'sche in St. Petersburg (89,400 Nummern). Den grössten Umsatz hatten die Ferrein'sche Apotheke — 166,972 Rbl. und die Jürgens'sche — 74,000 Rbl. Der durchschnittliche Umsatz einer Apotheke betrug 5,687 Rbl.

Aus dem III. Capitel, welches den gerichtlich-medicinischen Theil behandelt, geht hervor, dass die Gesammtzahl der von den Aerzten ausgestellten gerichtl.-med. Acte 102,153 betrug, so dass auf jeden Kreis-, Stadt- und Polizeiarzt c. 75 kommen. Die Zahl der gerichtlichen Sectionen belief sich auf 13,773. Im Medicinal-Departement wurden 196 Sachen, welche von verschiedenen Behörden eingesandt waren, durchgesehen und dem Medicinalrath zur Entscheidung vorgelegt. Im Ganzen kamen im Medicinal-Departement i. J. 1879 — 4054 Sachen zur Verhandlung, es liefen 20,843 Schriftstücke ein und 10,727 wurden ausgefertigt.

Das letzte Capitel ist dem Veterinärtheil gewidmet, aus dem wir nur die Zahl der Veterinäre entnehmen, welche im J. 1879 — 1,433 betrug, von denen 41 Magister der Veterinärkunde, 1,143 Veterinärärzte und 249 Veterinärgehülfen waren. Bf.

[1] Im J. 1877 c. 34 Kop., 1878 c. 35 Kop.

Prof. Herm. Eichhorst: Lehrbuch der physikalischen Untersuchungsmethoden innerer Krankheiten. 2 Bände. Braunschweig. Verl. v. F. Wreden.

Dieses Werk ist als der 2. und 3. Band der Wreden'schen Sammlung kurzer medicinischer Lehrbücher erschienen und umfasst c. 820 Seiten. Wie man sieht, handelt es sich also um eine ziemlich umfangreiche Arbeit, die das Prädicat der Kürze nur in sofern verdient, als der Verf. sich in der That bemüht hat, seinen Stoff in concinner Form darzustellen und alles unnöthige Beiwerk zu vermeiden. Der reichhaltige Stoff liess sich bei dem breiten, klaren Druck und der den Raum nicht sparenden Ausstattung kaum in eine engere Form hinein zwängen.

Das Buch unterscheidet sich von den bisher gebräuchlichen Leitfäden der klinischen Untersuchungsmethoden dadurch, dass es sich nicht vorherrschend auf die Lehre von der Percussion und Auscultation beschränkt, sondern auch alle sonstigen Hülfsmittel der Diagnostik mit gleicher Gründlichkeit behandelt. Der erste Band enthält die Untersuchung der Haut, der Temperatur, des Pulses und der Respirationsorgane, wobei auch der Syhygmographie, der Spiro- und Pneumatometrie und der Mikroskopie der Sputa die verdiente Berücksichtigung zu Theil wird. Die Laryngoskopie ist mit einer für die Bedürfnisse des Praktikers genügenden Ausführlichkeit behandelt.

Der zweite Band umfasst die Untersuchung des Herzens, der Arterien, der Venen, des Blutes, des Verdauungskanals, der Drüsenorgane des Unterleibes, des Bauchfelles, des Erbrochenen, der Faeces, der Nieren und harnleitenden Wege und des Harnes. Die einschlägigen chemischen Untersuchungen werden nur kurz berührt, dagegen haben sich die neuesten Bereicherungen der Mikroskopie des Blutes und die Methoden der mikroskopischen Blutkörperchenzählung sowie die makro- und mikroskopische Untersuchung der Faeces und des Erbrochenen einer ausführlichern, abgerundeten Darstellung zu erfreuen. Die physikalische Untersuchung des Nervensystems hat Verf. nicht berücksichtigt, da dieselbe so unmittelbar in das Gebiet der Elektrotherapie hinübergreift, dass sie kaum ohne eine gleichzeitige Darstellung der hinzugehörigen Pathologie und Therapie dieser Disciplin abgehandelt werden konnte. Die Untersuchung des männlichen und weiblichen Geschlechtsapparates gehört der Chirurgie, resp. Gynäkologie und steht der innern Medicin ziemlich fern, weshalb Verf. sie auch nicht in den Kreis seiner Arbeit aufgenommen hat.

Ein grosser Vorzug des Buches besteht in seiner Reichhaltigkeit an Illustrationen. Es enthält nicht weniger als 183 Abbildungen in Holzschnitt und eine Farbentafel (Vogel's Harnfarbentafel). Ein Theil der Holzschnitte stellt die gebräuchlichsten klinischen Untersuchungsinstrumente dar, ein anderer, in schönem, mehrfarbigem Druck angefertigt, illustrirt die Topographie der innern Organe an Leichendurchschnitten und Schematen der normalen Organlagerung, und ein dritter, sehr zahlreicher, giebt mikroskopische Abbildungen, durch die dem Studirenden und dem in der Mikroskopie nicht Bewanderten die Angaben des Textes eigentlich erst praktisch verwerthbar werden. Die Ausführung der Bilder, welche vielfach aus Specialarbeiten und Journalartikeln entlehnt sind, lässt Nichts zu wünschen übrig.

Was die Darstellungsweise des Verfassers anlangt, so ist überall der historischen Entwicklung der einzelnen Disciplinen in interessanter Weise Rechnung getragen, ohne dabei den Leser mit dem Ballast vielfacher Citate zu beladen. Man merkt dem Ganzen an, dass es von einem klinischen Lehrer geschrieben ist, der die Bedürfnisse des Schülers und Praktikers kennt und ihnen gerecht zu werden versteht. D—o.

Zur Aetiologie der Infectionskrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Pilztheorie. II. Hälfte. München 1881. Jos. Finsterlin. 134 S. gr. 8°.[1]

Die in der zweiten Hälfte dieser uns nunmehr vollständig vorliegenden Sammlung enthaltenen Vorträge reihen sich inhaltlich und formell würdig an ihre Vorgänger an und rechtfertigen vollauf das Interesse, welches wir ihnen von Anfang an entgegen getragen haben.

Im ersten Vortrage bespricht Oertel die Aetiologie der Diphtherie. Der Hauptsache nach wiederholt er dasselbe, was er schon in seiner bekannten Arbeit über epidemische Diphtherie in Ziemssen's Handbuch veröffentlicht hat, nur betont er noch ausserdem als be-

[1] Cfr. die Besprechung der ersten Hälfte dieser Sammlung von Vorträgen in № 28 des vorliegenden Jahrganges unserer Wochenschrift.

merkenswerth, dass einerseits die Infectiosität der Krankheitserreger, so zu sagen die Giftigkeit der specifischen Diphtheriepilze in den einzelnen Fällen verschieden gross sein kann und dass andrerseits die individuelle Disposition der einzelnen Individuen zur Erkrankung an Diphtherie die mannigfaltigsten Abstufungen zeigt. In Folge dessen wird gegebenen Falles die Schwere der Erkrankung durch die Combination zweier ursächlicher Momente bestimmt, nämlich der individuellen Prädisposition auf der einen und der Giftigkeit der specifischen Krankheitserreger auf der anderen Seite. Unseres Wissens zum ersten Mal macht O. auch darauf aufmerksam, dass die Empfänglichkeit für das Diphtheriecontagium nicht immer gleichmässig über Nase, Rachen und Respirationstractus verbreitet ist. Er führt Krankengeschichten an, in denen die Schleimhaut der Nasen-, Mund- und Rachenhöhle und selbst die des Kehlkopfes vollkommen intact blieben und dennoch die tieferen Theile der Tracheal- und Bronchialschleimhaut diphtherisch erkrankten.

In einem sich dranschliessenden Vortrage von Prof. Ranke wird die Frage besprochen, ob es jetzt in München und Umgebung eine membranöse Laryngitis giebt, die nicht diphtherischen Ursprunges ist, d. h. ob sich ein genuiner Croup statuiren lässt. R. behauptet, dass es keine Fälle gebe, in welchen sich bei genauerer Nachforschung die Möglichkeit einer diphtherischen Infection ausschliessen lasse, vielmehr könne immer das Gegentheil constatirt werden. Da ferner sowohl die pathologische Anatomie als die Krankheitserscheinungen keine principiellen Unterscheidungszeichen zwischen diphtherischer und nicht diphtherischer Laryngitis membranacea wahrnehmen lassen, so kommt R. zum Schluss, dass die gegenwärtig zur Beobachtung kommenden Croupfälle alle diphtherischen Ursprungs seien.

Ueber die Bedingungen des Ueberganges von Pilzen in die Luft und über die Einathmung derselben referirt Hans Buchner. Derselbe hat durch directe Thierversuche nachgewiesen, dass pathogene Pilze (in B.'s Versuchen wurden Milzbrandbacterien benutzt), wenn sie sich als Staub in der Luft befinden, durch die Athmung in der That bis in die Lungenalveolen gelangen und von hier aus specifische Krankheitserscheinungen hervorrufen. Fütterungsversuche mit Milzbrandbacterien blieben dagegen fast stets resultatlos. — Der Annahme einer staubförmigen Beschaffenheit der Krankheitserreger und der Aufnahme derselben durch die Lungen steht also kein Hinderniss entgegen, nur gilt es noch zu erklären, unter welchen Bedingungen dieselben sich in der Luft erhalten können, ohne zu Boden zu sinken. In dieser Beziehung hat B. durch sinnreiche Versuche nachgewiesen, dass schon die minimale Luftbewegung von 3 Millimetern per Secunde genügt, um Fäulnissbacterien schwebend zu erhalten und mit sich fortzutragen. Es ist dies eine sehr wichtige Thatsache, weil durch sie verständlich wird, wie Pilze, die sich beispielsweise in der Bodenluft befinden, schon durch die minimalsten Strömungen herauf in die Häuser und in unsere Athmungsluft befördert werden können. Weitere subtile Untersuchungen lassen sich hier nicht wiedergeben.

Im vierten Vortrage bespricht Pettenkofer die Aetiologie der Cholera und deren Beziehungen zur parasitären Lehre. Er weist nach, dass seine bekannte Theorie über die Verbreitungsweise dieser Krankheit sich sehr gut mit der heutigen Anschauung verträgt, nach welcher ein organisirter Krankheitskeim als Ursache der Infectionskrankheiten angenommen wird. Er beweist durch Citate aus seinen frühern Arbeiten, dass er die Hypothese eines solchen organisirten Keimes schon im J. 1869 ausgesprochen hat.

Ferner spricht Bollinger über Fleischvergiftung, intestinale Sepsis und Abdominaltyphus. In diesem interessanten Vortrag stellt B. die in den letzten Jahrzehnten bekannt gewordenen Fälle von Massenvergiftung durch Genuss verdorbenen Fleisches zusammen und weist an ihnen nach, dass es sich nur in den seltensten Fällen um Vergiftung mit Stoffen gehandelt hat, welche (wie das s. g. Fleischgift, Wurstgift, Fischgift) erst durch Fäulniss in ursprünglich gutem und gesundem Fleisch entstanden sind. Bei weitem die meisten Fleischvergiftungen sind durch Genuss von Fleisch hervorgerufen worden, welches von schon kranken, gewöhnlich an puerperalen oder sonstigen septischen Allgemeininfectionen leidendem Vieh herstammte. B. ist der Ansicht, dass das Fleisch dieser Thiere weniger durch die in ihnen enthaltenen septischen Zersetzungsproducte als vielmehr durch die in demselben befindlichen pathogenen, septischen Mikroorganismen giftig wirke. Dieselben gelangen in den Verdauungstractus des Menschen und rufen von hier aus Vergiftungserscheinungen hervor, welche Verf. als eine oft mit auffallenden nervösen Störungen verbundene Enteritis auffasst und als *intestinale Sepsis* bezeichnet. Die berühmten Epidemien von Andelfing (im J. 1841) und Kloten (im J. 1878), welche durch den Genuss kranken Fleisches entstanden waren und bekanntlich für Abdominaltyphus gehalten wurden, ist Vortragender geneigt gleichfalls als eine besondere Form der intestinalen Sepsis anfzufassen, welche zwar klinisch grosse Aehnlichkeit mit Abdominaltyphus hat, aber doch ätiologisch nicht mit demselben identificirt werden kann.

Im sechsten Vortrage, über infectiöse Pneumonie beschreibt Kerschensteiner eine Epidemie, welche er in der Gefangenenanstalt zu Amberg in der Oberpfalz beobachtet hat. Von den 1,150 Sträflingen dieser Anstalt erkrankten an lobärer Pneumonie vom 1. Januar bis zum 28. Mai 1880 161 Personen, d. h. jeder 7. Mann. Von ihnen starben 46, d. h. 28,5% der Erkrankten. Es handelte sich also um eine sehr bösartige Hausepidemie. Was die Aetiologie derselben anlangt, so konnte eine directe Uebertragung von Kranken auf Gesunde in keinem einzigen Falle nachgewiesen werden, wohl aber war der krankmachende Einfluss gewisser Schlafsäle unverkennbar. Es musste also angenommen werden, dass der Krankheitserreger eben an diesen Localitäten hafte und, ähnlich wie das Malariagift, die disponirten Individuen inficirte, ohne dass eine Reproduction des Krankheitskeimes im Erkrankten weiter stattfand.

D—o.

Reumont: Syphilis und Tabes dorsalis. Aachen, J. A. Mayer. 1881.

Nach einem recht erschöpfenden «retrospectiven Blick» auf die Ansichten der Autoren über den Zusammenhang der Tabes mit der Syphilis geht der Verf. auf die Statistik über. Wir können hier nur auf R.'s eigene Zahlen eingehen. Unter 3400 von ihm behandelten Syphilitikern befanden sich 290 (8,5%) an Krankheiten des Nervensystems leidende Kranke, speciell an Rückenmarksaffectionen excl. Tabes 69 (24% und 2% der Gesammtzahl), an Tabes 40 (gegen 14,4%, 1,6% der Gesammtzahl) eine Zahl, die zu gering ist, da darunter Fälle aus den 50 Jahren sich befinden, in welchen nur die atactischen Erscheinungen berücksichtigt sind. Von den 40 tabetischen Fällen schliesst Verf. 4 wegen mangelhafter Aufzeichnung aus; von dem Reste 36 sind 2 geheilt ($5^5/_9$%), gebessert 14 (40%), ohne Erfolg behandelt 21 (58%). Verf. räth von einer mercurielle n Behandlung in den Fällen ab, in welchen die Infection ungewiss ist oder andere Ursachen genügend vertreten sind, bei Abwesenheit luetischer Symptome und grossem Verfall der Kräfte; sonst wird nach Sigmund geschmiert und nebenbei Jodkalium und Bäder gebraucht. Die ersten tabetischen Symptome nach stattgehabter Infection zeigten sich in 10 Fällen zwischen 1 und 5 Jahren, in 7 Fällen zwischen 6 und 10 Jahren, in 9 Fällen zwischen 11 und 15 Jahren, in 1 Falle nach 16 Jahren; unbekannt blieb dieses Intervall in 9 Fällen.

Die Broschüre bietet so manches Interessante, namentlich im historischen Theile und den genauer beschriebenen Fällen; leider verbietet uns aber der Raum, näher darauf einzugehen und verweisen wir daher auf das Original.

Wünschenswerth wäre es, wenn ähnliche Arbeiten aus den heimischen Schwefelbädern erschienen, da unserer Ansicht nach auch hier eine Menge Tabetiker ihr Heil gegen diese schreckliche Krankheit versuchen.

Hz.

F. Pancratius: Ueber Lungen-Syphilis. Berlin. 1881. Verlag v. Aug. Hirschwald. 295 Seiten.

Vorliegende Arbeit gehört zu dem Bedeutendsten, was bisher über Lungensyphilis erschienen ist. Verf. nennt sie in seiner Bescheidenheit «Erfahrungen aus der Praxis», der Name «Monographie» wäre aber vollkommen berechtigt. Er beginnt mit einem geschichtlichen Theil, worauf Definition, Aetiologie, pathologische Anatomie, Symptomatologie, Prognose und Therapie folgen. Dabei sucht Verf. zu beweisen, dass die Affection der Lungen bei Syphilis bei weitem nicht so selten ist, als allgemein angenommen wird. Er unterscheidet 2 Formen der Lungensyphilis, eine diffuse und eine circumscripte, und betont, dass man bei der Diagnose sich niemals auf ein einzelnes Symptom stützen dürfe, sondern immer die Gesammtheit der Erscheinungen zu berücksichtigen habe und zwar den objectiven Befund in den mittleren Partieen der Lunge, das Freibleiben der Spitze, den Mangel des Fiebers (dasselbe soll nur eine untergeordnete Rolle spielen), die Ergebnisse der laryngoskopischen Untersuchung, die Beimengungen von Parenchymtheilen in den Sputis und den Nachweis von frischer oder überstandener Syphilis in anderen Organen und den Einfluss der Therapie. Bezüglich letzterer legt Verf. ausser auf die üblichen Mittel Jodkali und Quecksilber ganz besonderes Gewicht auf den Gebrauch von Schwefelquellen, namentlich Nenndorf. Die Prognose ist als relativ sehr günstig anzusehen.

Ein reiches Material ist in einer langen Reihe zum Theil sehr ausführlicher Krankengeschichten niedergelegt. Verf. beschreibt 76 Fälle rechtseitiger, 18 Fälle linkseitiger, und 11 Fälle doppelseitiger syphilitischer Pneumonie und wir können wohl sagen, dass wir über diese grosse Anzahl erstaunt waren, da die bisherigen Arbeiten immer nur über einige wenige Fälle berichteten. Beim eingehenderen Durchsehen glauben wir jedoch die Erklärung dazu gefunden zu haben. Verf. sieht es nämlich für genügend an, wenn Jemand in der Anamnese angegeben, er habe an einem Ulcus molle gelitten; er ist eben Unitarier und dieses trägt gerade bei einer Frage, wie die über Pneumonie syphilitischen Ursprunges, dazu bei, die an und für sich schwierige Frage noch verwickelter zu machen.

Beim Durchlesen der Krankengeschichten finden wir z. B. bei der Pneumonia syphilitica dextr. in den Fällen 19, 22, 36, 44, 52, 57, 67 und 71, bei der linkseitigen in № 6, 8, 13, 15, 17 stricte Angaben eines Ulcus molle ohne nachfolgende Secundärerscheinungen. Freilich haben wir dagegen vielfach die Notiz, Ulcus molle mit nachfolgenden Secundär- und Tertiärsymptomen gefunden. Scheiden wir nun diese Fälle aus, denken wir ferner an die Möglichkeit der Coincidenz von Syphilis und Phthisis, so bleibt jedenfalls eine Reihe von Fällen entschiedener Lungensyphilis nach und diese bieten viel Interessantes, wofür wir dem Verf. dankbar sind, und daher können wir jedenfalls das Buch allen Collegen empfehlen, die sich für diese Frage interessiren und wird die Arbeit Vf.'s gewiss dazu beitragen, die

Kenntniss der Lungensyphilis und dadurch das Sammeln weiterer Fälle, mit möglichst sicherer Anamnese, zu fördern. — Die Diagnose einer syphilitischen Pneumonie gehört unserer Ansicht nach zu den schwierigsten Aufgaben sowohl der Syphilidologen wie der Therapeuten, denn gerade in diesen Fällen bietet die Eruirung der Anamnese zuweilen unüberwindliche Schwierigkeiten. Daher hat Verf. entschiedene Anerkennung seines Verdienstes und seiner Bemühungen um die Frage der Lungensyphilis wohlverdient. P.

L. Lewin: Die Nebenwirkungen der Arzneimittel. Berlin 1881. Verlag von August Hirschwald. 8°. 276 S.

Eine recht fleissige Zusammenstellung der in der medicinischen Literatur über dieses Thema vorkommenden Angaben finden wir in dem vorliegenden Werke. Die knappe Behandlung, sowie die Natur des Gegenstandes tragen dazu bei, den angeführten Thatsachen etwas Unzusammenhängendes zu geben, was das Lesen des Buches erschwert. Auch zeigt sich hier, wie in fast allen pharmakologischen Lehr- und Handbüchern, der Mangel einer rationellen systematischen Eintheilung der Arzneimittel. Es ist aber gewiss ein dankenswerthes und manchem Arzte willkommenes Bemühen, die in der Fachliteratur zerstreuten Beobachtungen über die Nebenwirkung der Arzneimittel zu sammeln. Wenn auch manche Angaben einander widersprechen, andere nicht sicher erwiesen sind, so ist die vorliegende Schrift doch zum Nachschlagen zweckmässig und bequem, wenn man sich ohne Mühe in Bezug auf die Nebenwirkungen einzelner Arzneimittel orientiren will. Druck und Papier sind gut. Rr.

Russische medicinische Literatur.

№ 313. **Wratsch.** № 50.

Inhalt: a) B. Greidenberg; 4 Fälle von Athetose. (Forts.).
b) W. Nikolski: Carbolsäurevergiftung durch die Haut.
c) J. Lwow. Zur Aetiologie der Placenta praevia (Schluss).
d) Popow: Aus der chirurg. Klinik des Prof. Wahl in Dorpat.
e) Kossorotow: Die Recurrens-Epidemie im transkaspischen Gebiet im J. 1880—81.

№ 314. **Wratschebnija Wedomosti.** № 48.

Inhalt: a) Landschaftsmedicin und Landschaftsärzte. (Forts.).
b) Prof. M. Tscherinow: Ueber die Ursache der Infectionskrankheiten.
c) Frohnstein: Heilbarkeit der Tuberculose. (Schluss).

№ 315. **Klinitscheskaja Gaseta.** № 37.

Inhalt: a) J. Ssikorski: Die Entwickelung der Sprache bei Kindern.
b) F. Treskin: Ueber die Chopart'sche Operation.

№ 316. **Wojenno-Sanitarnoje Djelo.** № 33.

Inhalt: a) E. Idelson: Die Fehler der Rakowitsch'schen Methode bei Bestimmung des Wassergehaltes im Brote.

№ 317. **Wratsch.** № 51.

Inhalt: a) A. Schmidt: Eitrige Peritonitis; Laparotomie; Heilung.
b) B. Greidenberg: 4 Fälle von Athetose. (Schluss.)
c) W. Nebykow: Chronischer Catarrh der Harnblase mit Nierenentzündung. (Schluss.)
d) Preferanssow: Ein Fall von Rotzkrankheit bei Menschen. (Schluss.)

№ 318. **Annalen der chirurgischen Gesellschaft in Moskau.** № 17.

Inhalt: a) M. Behrmann: Ein Fall von Aneurysma art. carot. int.
b) N. Rosanow: Bericht über die grossen Operationen im Staro-Jekaterinen'schen Hospital.
c) A. Knie: Bericht über seine Heilanstalt.

№ 319. **Klinitscheskaja Gaseta.** № 38.

Inhalt: a. J. Monastyrski: Ein im Oesophagus steckengebliebener Knochen; Oesophagotomie; Genesung.
b) J. Ssikorski: Ueber die Entwickelung der Sprache bei Kindern. (Schluss).
c) S. Lewaschow: Zur Methodik der hämodynamischen Experimente. (Aus d. Laboratorium des Prof. Botkin).

№ 320. **Wratschebnija Wedomosti.** № 49.

Inhalt: a) Landschaftsmedicin und Landschaftsärzte. (Schluss).
b) M. Otschakowski: Hallucinatorische primäre Verrücktheit. (Schluss).
c) Prof. Tscherinow: Ueber die Ursache der Infectionskrankheiten. (Schluss).

№ 321. **Wojenno-Sanitarnoje Djelo.** № 34.

Inhalt: a) G—g: Einige statistische Daten über das Minsksche Gouvernement.

Protokolle des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 13. October 1881.

Dr. Unterberger stellt einen Kranken vor, an dem er am 14. August dieses Jahres, einer Fractur des linken Parietalbeins wegen, die derselbe sich beim Zusammenstoss zweier Eisenbahnzüge zugezogen hatte, die Trepanation des genannten Knochens ausgeführt hat. Als Pat. sich Referenten vorstellte, zeigte sich die Dura mater an der Fracturstelle zerrissen und Hirnmasse prolabirt. Der nach der Trepanation zurückgebliebene Knochendefect war Silber-Rubel gross. Die Gefässe der Dura mater und die der Pia mussten unterbunden werden, letztere en bloc; die Hautwunde wurde vernäht und der Lister'sche Verband applicirt. Zwei Tage nach der Operation zeigte Pat. Parese des rechten Oberarms, welche jedoch sehr bald wieder schwand. Diese Parese erklärt sich leicht aus dem Sitze der Verletzung, da dieser mit dem motorischen Centrum für die rechte obere Extremität zusammenfällt. Jetzt bei der Vorstellung, also genau zwei Monate nach der Operation, fühlt sich Pat. recht wohl, — nur hin und wieder klagt er über Schwindelgefühl. Bei Betastung des linken Parietalbeins findet man einen etwas unter Rubelgrossen, von der Schädelhaut glatt überzogenen Knochendefect und deutliche Pulsation. Mässiger Druck auf das direct unter der Haut sich findende Hirn erzeugt Schwindelgefühl. Der Fall ist zur Veröffentlichung bestimmt.

Dr. Th. Tiling macht darauf aufmerksam, dass das Schwindelgefühl, an dem Pat. hin und wieder leidet, in derartigen Fällen häufig in Epilepsie ausartet. Referent führt einen derartigen Fall aus seiner Praxis an, wo bei einem Knaben, der sich eine perforirende Schädelfractur zugezogen hatte, bald nach stattgehabter Verletzung, nachdem Pat. eine Zeit lang an Schwindel gelitten, Epilepsie sich entwickelte. Psychisch war Pat. gesund. Diese Epilepsie, welche ihren Grund in Schädelnarben hat, verläuft nicht typisch, zuweilen nur als sogenannte psychische Epilepsie mit Aufhebung des Bewusstseins und Hallucinationen. Wird genannter Pat. geschüttelt, oder macht er selbst heftige Bewegungen, so treten die Anfälle präcise ein.

Dr. Sesemann hält einen Vortrag über die Behandlung der Psoriasis vulgaris und empfiehlt dabei das *Chrysarobin*, und zwar mit Collodium. (10 Gr. Chrysarobin auf ℨj Collodium.) Mit dieser Lösung sollen die einzelnen Psoriasisflecke mittelst eines Pinsels, wenn möglich täglich bestrichen werden. Durch das dem Chrysarobin zugesetzte Collodium ist es leicht die Lösung nur auf die kranken Partien zu appliciren, was sehr wichtig ist, da gesunde Haut auf Chrysarobin sehr leicht reagirt. — (cf. № 44 der Wochenschr.).

Dr. Petersen hat Psoriasis vulgaris erfolgreich mit *Naphthol* behandelt, indem er dasselbe als Unguentum naphtholicum compositum anwendete; gleichzeitig müssen Bäder gegeben werden. Ausserdem hat Dr. Petersen Naphthol als Streupulver bei alten Fussgeschwüren mit Vortheil in Anwendung gezogen. Gleich nach Application des Pulvers auf die Wundfläche tritt starker Schmerz ein, der ungefähr 10 Minuten lang anhält. Bald schiessen frische Granulationen auf, und die Heilung der bekanntlich so sehr hartnäckigen Ulcera cruris geht relativ schnell von statten. Auch empfiehlt Referent das Naphthol als Streupulver bei Ulcus molle.

Dr. Sesemann empfiehlt gegen Ulcus molle das *Jodoform*.

Dr. Maassmann erwähnt des *Cumarins* als eines guten Deckmittels des so unangenehmen Jodoformgeruchs.

Dr. Anders berichtet über eine von ihm ausgeführte *Sectio lateralis*, welche vollkommen per primam intentionem zur Heilung kam. Die Operation betraf einen 11-jährigen Knaben mit Steinbeschwerden. Der Stein wurde durch die Untersuchung constatirt. Der Operationsverlauf war völlig normal, der Stein konnte leicht entfernt werden, wobei jedoch leichte Bröckelung desselben eintrat. Beim Einführen des Fingers in die sehr kleine Blasenwunde wurde dieser krampfhaft von den Blasenwandungen gepackt. 1½ Stunden nach der Operation urinirte Pat. bereits durch die Harnröhre; während der ganzen Heildauer wurde kein Harnträufeln aus der Wunde beobachtet. Die Heilung erfolgte, wie schon erwähnt, per p. int., ganz ohne Fieber. Am 12. Tage nach der Operation verliess Pat. das Bett. Am 15. Tage zeigte sich die Hautwunde vollkommen vernarbt.

Dr. v. Grünewaldt berichtet über drei, vor Kurzem im evangelischen Hospital mit gutem Erfolge ausgeführte *Ovariotomien* — von denen zwei Dr. v. Grünewaldt und eine Dr. Bidder vollführten. — Alle drei Fälle sind zur Veröffentlichung bestimmt. In dem von Dr. Bidder operirten Falle, zeigte Patientin nach der Operation ganz ungemein beschleunigten Puls (bis zu 136 Schläge in der Minute.) Diese Pulsbeschleunigung führt Referent, da sich der von der Kranken gelassene Harn dunkel gefärbt zeigte, auf Carbolintoxication zurück, kann jedoch darüber seine Verwunderung nicht unterdrücken, da während der Operation der Carbolspray nicht in Anwendung gekommen, sondern die Bauchhöhle nur mit Carbolschwämmen ausgetupft worden war.

Dr. Schmitz meint, dass in diesem Falle die so bedeutende Pulsbeschleunigung nicht von Carbolintoxication abhängig gemacht werden könnte. Carbolharn sei nicht immer ein Zeichen von Carbolintoxication.

Dr. G. Tiling hebt hervor, dass die dunkle Farbe des Carbolharns nur bei gleichzeitiger Berücksichtigung des gelassenen Harnquantums zur Diagnose einer Carbolintoxication verwerthet werden könne.

Dr. v. Holst bemerkt, dass es sich im ersten der drei operirten Fälle nicht um eine Ovarialcyste, sondern um eine freie peritonäale Dermoidcyste gehandelt habe.

Dr. Albrecht will niemals freie peritonäale Dermoidcysten beobachtet haben. Secretär Dr. Lange.

Tagesereignisse.

— Prof. Billroth aus Wien ist am 20. h. m. in Begleitung eines seiner Assistenten hier eingetroffen und im Hôtel Demuth abgestiegen. Er ist einer Aufforderung des Generals Tschertkow gefolgt, an dem er bereits am Montage eine Amputation ausgeführt hat.

— Die Studenten der Veterinär-Abtheilung der hiesigen militär-medicinischen Academie sollen, wie der «Wratsch» erfährt, bei dem Kriegsminister mit der Bitte eingekommen sein, ihnen nach Beendigung des Cursus als Veterinäre den Eintritt in den III. medicinischen Cursus der Academie ohne Maturitätszeugniss zu gestatten.

— Der bekannte Psychiater, Prof. P. Kowalewski in Charkow giebt seinen Posten als Oberarzt des Charkow'schen Gouvernements-Landschaftshospitals auf.

— Der bisherige ausserord. Prof. Dr. Weiss ist zum ord. Prof. der Chirurgie mit tschechischer Vortragssprache an der Prager Universität ernannt worden.

— Bei dem Brande des Ringtheaters in Wien ist ausser zahlreichen andern Medicinern auch Dr. Eisenhauer, Operateur an der chirurgischen Klinik Prof. Albert's verunglückt.

— Prof. Freund (Strassburg), der, wie wir neulich meldeten, an Spiegelberg's Stelle nach Breslau berufen worden ist, hat wegen der mangelhaften Verhältnisse des klinischen Gebäudes in Breslau definitiv abgelehnt.

Miscellen.

— Auf Prof. Billroth's Klinik sind bisher 6 Magenresectionen ausgeführt, und zwar 5 von Billroth selbst und eine von seinem Assistenzarzt Dr. Wölfler. Von den 5 von Billroth operirten Frauen sind 3 bald nach der Operation gestorben, eine ging nach 3 Monaten an einem Recidiv zu Grunde und die letzte lebt und befindet sich ganz wohl. Ebenso erfreut sich die von Dr. Wölfler im April c. operirte Frau eines vollkommenen Wohlbefindens. Dr. Rydygier in Culm hat ebenfalls vor c. 1 Monat eine Magenresection mit bis jetzt gutem Erfolge ausgeführt.

— Der berüchtigte Verkäufer falscher ärztlicher Diplome Dr. Buchanan ist neuerdings wieder zu einem Jahre Gefängniss und 1000 Dollars Strafe wegen solchen Verkaufes verurtheilt worden.

— Dr. Bellini in Florenz empfiehlt das *Jodstärkemehl als Gegengift* in allen Fällen, wo man die Natur des Giftes nicht kennt und speciell gegen Schwefelwasserstoff, Alkaloide, Schwefelalkalien, ätzende Alkalien, Ammoniak. Blei und Quecksilbersalze verlieren dadurch ebenfalls ihre Giftigkeit. In Fällen acuter Vergiftungen muss bald nach dem Eingeben des Jodstärkemehls ein Brechmittel gereicht werden. Wie B. hervorhebt, hat das Jodstärkemehl keinen unangenehmen Geschmack, nicht die reizenden Eigenschaften des Jods, und wird in grossen Gaben vertragen. Seinen zahlreichen Versuchen zufolge, verbindet sich das Jod desselben bei der Temperatur des Magens und bei Gegenwart des Magensaftes mit vielen Giften entweder zu unlöslichen Producten oder zu löslichen, welche letztere, wenn sie nicht in zu grosser Menge zugegen sind, keine schädliche Wirkung ausüben. (Apoth.-Ztg. — A. m. C.-Ztg.)

Vacanzen.

— *Landschaftsarztstelle* im *Pirjatin*'schen Kreise des *Poltawa*schen Gouv. Gehalt 1200 R. jährlich bei freien Fahrten. Die Meldung geschieht bei der: „Пирятинская Управа, Полтавской Губерніи."

Krankenbestand in den Hospitälern St. Petersburgs

am 20. December 1881.

	M.	W.	Summa.
Obuchow-Hospital	699	290	989
Alexander- «	549	171	720
Kalinkin- «	—	535	535
Peter-Paul- «	305	163	468
St. Marien-Magdalenen-Hospital	166	68	234
Marien-Hospital	285	248	533
Ausserstädtisches Hospital	216	215	431
Roshdestwensky-Hospital	46	37	83
Nicolai-(Militär-)Hospital (Civilabth.)	340	166	506
6 zeitw. Hospitäler	928	154	1082
Ausschlags-Hospital	13	18	31
Summa der Civilhospitäler	3547	2065	5612
Nicolai-Kinder-Hospital	50	47	97
Kinder-Hospital d. Pr. v. Oldenburg	63	94	157
Elisabeth-Kinder-Hospital	35	32	67
Summa der Kinderhospitäler	148	173	321
Nicolai-Militär-Hospital	636	28	664
Ssemonow'sches Militär-Hospital	250	—	250
Kalinkin-Marine-Hospital	364	—	364
Gesammt-Summa	4945	2266	7211
Unter der Gesammtzahl befanden sich:	M.	W.	Summa.
Typhöse Krankheiten (abd., exanth., rec.)	1105	313	1418
Scarlatina	25	29	54
Variola	15	13	28
Venerische Krankheiten	858	533	1391

Die *Ambulanzen der Kinderhospitäler* wurden in der Woche vom 13. bis 20. December 1881 besucht von 2324 Kranken, darunter zum ersten Mal von 819.

Mortalitäts-Bülletin St. Petersburgs.

für die Woche vom 13. bis 19. December 1881.

Einwohnerzahl 669,741. — Sterbefälle (excl. Todtgeborene) 682 (Todtgeborene 18).

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—11 Mon.	1—4 Jahr.	5—9 Jahr.	10—14 Jahr.	15—19 Jahr.	20—29 Jahr.	30—39 Jahr.	40—49 Jahr.	50 59 Jahr.	60—69 Jahr.	70—79 Jahr.	80 und mehr.	Unbekannt.
381	301	682	171	45	76	29	7	26	58	61	55	62	55	26	11	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 11, Typh. abd. 16, Febris recurrens 17, Typhus ohne Bestimmung der Form 5, Pocken 13, Masern 2, Scharlach 15, Diphtheritis 27, Croup 4, Keuchhusten 5, Puerperalkrankheiten 5, Dysenterie 1, Thiergift 1, andere Infectionskrankheiten 16.

— Gehirnapoplexie 13, Entzündung des Gehirns und seiner Häute 29, andere Gehirnkrankheiten 19, Krankheiten des Herzens und der Gefässe 23, acute Entzündung der Athmungsorgane 82, Lungenschwindsucht 91, andere Krankheiten der Brusthöhle 25, Gastro-intestinal-Krankheiten 112, andere Krankheiten der Bauchhöhle 25, Angeborene Schwäche und Atrophia infant. 42, Marasmus senilis 36, Cachexia 21.

— Tod durch Zufall 11, Selbstmord 5, Mord 0.

— Andere Ursachen 10.

Nächste Sitzung d. deutschen ärztlichen Vereins, Montag den 11. Jannar 1882.

Nächste Sitzung des allgem. Vereins St. Petersburger Aerzte, Dienstag den 19. Januar 1882.

„ВРАЧЕБНЫЯ ВѢДОМОСТИ“

ГОДЪ СЕДЬМОЙ

ГАЗЕТА ПРАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ГИГІЕНЫ

будетъ выходить въ 1882 году еженедѣльно, по той же программѣ и въ томъ-же объемѣ.

Газета посвящена вопросамъ практической медицины, быта врачей и земскаго медицинскаго дѣла.

Редакція заботится о расширеніи справочнаго отдѣла о свободныхъ вакансіяхъ въ земствахъ для врачей, фармацевтовъ, фельдшеровъ и акушерокъ.

ПОДПИСНАЯ ЦѢНА:

	На годъ.	На полг.	На 3 мѣс.
Безъ пересылки	6 р.	4 р.	2 р.
Съ пересылкой и доставкой	8 „	5 „	3 „

ПОДПИСКА ПРИНИМАЕТСЯ: въ С.-Петербургѣ — въ конторѣ редакціи, «**Врачебныхъ Вѣдомостей**». Владимірская, д. № 7.

Гг. иногородные адресуютъ подписку и иныя требованія исключительно въ контору редакціи «**Врачебныхъ Вѣдомостей**». 133 (2)

Врачебный Ежегодникъ

на 1882 годъ.

Справочная, медицинская карманная книжка, (вдвое противъ прошлаго года). Терапія внутреннихъ и наружнихъ болѣзней, акушерство, женскія болѣзни, (вновь обработ. д. Кубасовымъ). — Дѣтскія болѣзни. — Средства противъ сифилиса. — Глазныя, ушныя и зубныя бол. (также вновь). — Гидротерапія (вновь сост. д. Левисомъ). — Свѣдѣнія по гигіенѣ (вновь переработаны д. Смоленскимъ). — Пособія при отравленіяхъ и незапныхъ случаяхъ обмиранія. — Дозы употребительныхъ медикаментовъ, высшіе пріемы. — Новая такса (вновь). — Кумысолѣчебныя заведенія (вновь). — Свѣдѣнія о приготовляемыхъ гигіенической лабораторіею веществахъ: пепсинѣ, пептонѣ, мясномъ сокѣ и др. (вновь) и проч. справ. необходимыя свѣдѣнія. — Календарь и книжка для ежедневныхъ отмѣтокъ.

Цѣна въ каленкоровомъ изящномъ переплетѣ для подписчиковъ „Врачебныхъ Вѣдомостей“ 1 руб., въ отдѣльной продажѣ 1 руб. 25 к. На пересылку прилагается 3 почтов. марки.

ВЫШЛА НОВАЯ КНИГА:

МЕДИЦИНСКІЙ ОТЧЕТЪ

С.-Петербургской Городской Временной Больницы 1880 года для горячечныхъ

(матеріалъ для изученія санитарно-больничнаго дѣла и клиническихъ особенностей заразныхъ болѣзней въ С.-Петербургѣ),

XII + 511 стр. съ 80-ю рисунками.

Составленъ и изданъ бывшими врачами больницы, подъ редакціей **Ю. Т. ЧУДНОВСКАГО.**

Цѣна 5 р. съ пересылкою.

Складъ изданія у проф. Ю. Т. Чудновскаго (Кирочная ул., д. № 26, кв. 4).

Изданіе, за покрытіемъ издержекъ, назначено въ пользу женскихъ врачебныхъ курсовъ. 140 (1)

chez Mrs. Stoll & Schmidt, Société pharmaceutique commerciale russe, H. Klos & Co. 110

VICHY

Depot in Paris, 22, boulevard Montmartre.

PASTILLES DIGESTIVES, bereitet in Vichy aus dem Salze, welches aus besonderen Quellen gewonnen wird, von sehr angenehmem Geschmacke und sehr wirksam gegen Uebelkeiten und Verdauungsbeschwerden.

SELS DE VICHY POUR BAINS. Für Personen, welche verhindert sind, die Kur in Vichy selbst zu gebrauchen, genügt zu einem Bade von diesem Salze ein Päckchen auf eine Wanne.

Zur Vermeidung von Fälschungen verlange man auf allen Paketen die Marke

Der Compagnie.

En vente à St. Pétersbourg:

chez Mrs. Stoll & Schmidt, Société pharmaceutique commerciale russe, H. Klos & Co. 16 (1)

Die

Dr. Kreyser'sche Wasserheilanstalt

vormals im Demidow-Pereulok, befindet sich jetzt

Michaelplatz № 15, nächst der Passage

und steht unter Leitung von

Dr. J. Fränkl 11 (1)

früher Assistent bei Prof. Winternitz und leitender Arzt der Wasserheilanstalt Priessnitzthal bei Wien. Die Anstalt ist von 8 Uhr Morg. bis 6 Uhr Abends geöffnet — für Damen von 12 bis 2 Uhr. Daselbst Zimmer für Kranke.

OFENER

VICTORIA-BITTERWASSER

nach amtlichen Analysen und Gutachten der hervorragendsten Kliniker der Gegenwart das gehaltreichste und daher wirksamste unter allen existirenden Bitterwässern. Analysen von Prof. Roscoe (Manchester), Müntz (Paris), Ulex (Hamburg), Milicer (Warschau), Minder (Moskau).

		fixe Theile in 1000	schwefelsaure Magnesia
Victoria Bitterwasser	nach amtl. Analysen	58,05	32,38
Hunyadi Janos		41,73	18,44
Püllnaer		32,72	12,12
Friedrichshaller		25,29	5,15

Prof. Minder, Vorstand des Laboratoriums an der Kais. Universität Moskau: Ich habe das **Victoriabitterwasser** genau untersucht und in 1000 Theilen 58,07 feste, darunter 32,96 schwefelsaure Magnesia und 20,97 schwefelsaures Natron gefunden. — Aus dem ergibt sich, dass das Ofener Victoriabitterwasser unter allen bisher gekannten Bitterwässern das reichste an wirksamen und heilkräftigen Substanzen ist. —

Marienhospital, Moskau. Chefarzt Dr. Sowatzki: Das Victoriabitterwasser habe ich in meiner Praxis als auch im Marienhospital verwendet und selbst bei ganz kleinen Dosen rasche und ausgezeichnete Wirkung beobachtet. —

Normaldosis ½ Weinglas, jedoch wird ersucht ausdrücklich **Victoriabitterwasser** zu verlangen. — Vorräthig in allen Droguerien und Apotheken St. Petersburgs und Russlands. 138 (15)

122 **SAINT-RAPHAËL** (14)

Тоническое вино укрѣпляющее, болѣе полезно при малокровіи, чѣмъ желѣзистое и хинное, оно укрѣпляетъ молодыхъ дамъ, дѣтей и стариковъ, употребляется исключительно въ госпиталяхъ Парижа какъ укрѣпляющее, сохраняется по способу Г-на Пастера. **Вино С. Рафаель** очень пріятно на вкусъ. Пріемъ по стакану (отъ краснаго вина) послѣ всякаго пріема пищи.

На каждой бутылкѣ этикетъ
и капсюль съ подписью

Продается у Штоль и Шмидтъ, въ русскомъ фармацевтическомъ обществѣ, Вергольцъ, Рулковіусъ и Хольмъ, М. Юргенсъ, Врезинскій, К. Шпигель, Гафеске и Меркъ, Шапиро, Шасколоскій, Ф. Раултъ, братьевъ Арабали, Елисѣевъ, Фейтъ и Ко. и въ главныхъ аптекахъ.

Складъ у владѣльца вина С. Рафаель, въ Валенсъ (Дромъ) Франція.

…чено ценсурою. С.-Петербургъ, 22 Декабря 1881. Buchdruckerei von Carl Röttger, Kaiserl. Hofbuchh., Newskij-Prosp. № 5.